Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

VAINCRE LA douleur CHRONIQUE

Québec

87-06155/

VAINCRE LA douleur CHRONIQUE

VAINCRE LA *douleur* CHRONIQUE

GINETTE BEAULIEU

Le contenu de cette publication a été préparé par le Conseil des affaires sociales et de la famille du Québec.

Cette publication a été produite par LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC.

Dépôt légal —1er trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-08866-6

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Introduction 1

Partie 1:
La douleur chronique: une réalité complexe

Chapitre 1:
Une maladie à part entière 5

1.1 Douleur et souffrance 5

1.2 De la douleur aiguë à la douleur chronique 6

1.3 La douleur chronique: une maladie à part entière 7

Chapitre 2:
Le prix de la douleur 9

Chapitre 3:
Inégaux devant la douleur 13

3.1 La douleur: une expérience personnelle 13

3.2 Les seuils de douleur: facteurs d'influence 14

3.3 Qui est susceptible de souffrir de douleur chronique? 16

Chapitre 4:
Comment agit la douleur chronique: ses mécanismes 19

4.1 La route ascendante de la douleur 19

4.2 Les voies descendantes ou comment le message de douleur peut être court-circuité ou renforcé 21

4.3 La chimie de la douleur 22

4.4 De Descartes à la théorie du portillon 23

Partie 2:
Vaincre la douleur chronique: un défi

Chapitre 1:
Le diagnostic et le traitement de la douleur: une problématique 27

Chapitre 2:
Les douleurs cancéreuses 31

2.1 La douleur cancéreuse: une «douleur totale» 31
2.2 La qualité de vie, objectif premier 32
2.3 Avant tout, contrôler la douleur physique 33
2.4 Les analgésiques 35
2.5 Prescrire à bon escient 38

Chapitre 3:
Les douleurs ostéoarticulaires 39

3.1 Les maladies rhumatismales 39
3.2 La douleur arthritique: une douleur à vie 40
3.3 L'arthrite rhumatoïde et la personnalité 43
3.4 Les limites des médicaments 44
3.5 Privilégier l'approche globale 47
3.6 Parmi les solutions de rechange 48

Chapitre 4:
Les douleurs chez les personnes âgées 51

4.1 Douleurs organiques 51
4.2 Douleurs psychologiques 52
4.3 Les médicaments: une arme à double tranchant 53
4.4 Une approche écologique de la douleur 54

Chapitre 5:
Les douleurs psychogéniques 57

5.1 Les facteurs psychosociaux dans la douleur psychogénique 58
5.2 La douleur chronique psychogénique: une forme de dépression? 60
5.3 Un modèle familial de la douleur chronique 62
5.4 L'évaluation du patient souffrant de douleurs chroniques 64
5.5 Les antidépresseurs: une panacée? 66
5.6 Deux cas types de douleurs à forte composante psychogénique 67
- Les maux de tête 67
- Les maux de dos 70

Chapitre 6:
Vaincre la douleur 73
6.1 Les méthodes classiques 73
6.2 Les approches «douces» 78
Conclusion 85
Bibliographie 89

Introduction

Chacun de nous sait, par expérience, ce qu'est la douleur. Hommes ou femmes, vieux ou jeunes, riches ou pauvres, personne n'y échappe! De la très simple piqûre d'épingle au mal de tête carabiné, elle fait, à divers degrés, partie intégrante de l'existence et même de la vie quotidienne de chacun d'entre nous. On ne peut nier les répercussions d'épisodes douloureux sur notre humeur, notre comportement, notre niveau de stress, nos relations avec l'entourage, bref sur notre vie en général.

Mais pour un certain nombre de personnes, la douleur devient un véritable cauchemar au point d'empoisonner leur vie. Elle peut commencer à se manifester discrètement, comme un vague élancement, et progresser jusqu'à l'inconfort, jusqu'à devenir envahissante et invalidante. Elle peut aussi se faire fulgurante, à couper le souffle, rendant la personne souffrante angoissée, parfois même désespérée. Il n'est pas étonnant que les «souffrants chroniques» cherchent par tous les moyens à soulager ou à éliminer leur mal, de la surmédication aux médecines naturelles en passant par les cures-miracles de tout genre.

Curieusement, on a souvent tendance à oublier la douleur chronique lorsqu'on parle des grands problèmes de santé. Pourtant, chez la plupart des malades souffrant de douleurs dorsales, d'arthrite, de migraines, de cancer, de névralgie faciale ou d'autres affections douloureuses chroniques, ce n'est pas la pathologie sous-jacente mais bien la douleur en soi qui constitue habituellement le principal facteur limitant les possibilités d'une personne à mener une vie normale.[1]

Comprendre et contrôler la douleur demeure sans doute l'un des soucis majeurs de l'humanité depuis ses origines. Cela se comprend puisque que la douleur est la source la plus universelle de stress physiologique et psychologique. C'est également la cause la plus fréquente de consultation médicale, de l'aveu même de nombreux médecins. En fait, le milieu médical reste encore trop souvent impuissant à soulager de nombreux cas de douleurs chroniques.

1 Bonica, 1981.

Certes, des recherches ont mené ces dernières années à une meilleure compréhension du phénomène de la douleur mais celui-ci reste encore, à maints égards, mal connu, difficile à définir et à contrôler. Mais on reconnaît de façon générale que la douleur est loin d'avoir bénéficié des mêmes progrès, tant au plan diagnostique que thérapeutique, que ceux enregistrés dans d'autres secteurs des sciences biomédicales.

Le Conseil des affaires sociales et de la famille a voulu savoir comment se présente le tableau de la douleur chronique, à la lumière des plus récents travaux en ce domaine. Quels sont les impacts de la douleur sur la personne, tant au plan physique et émotif qu'au plan économique? Que sait-on de la personne souffrante chronique? Quels sont les problèmes liés au traitement des souffrants chroniques graves, les patients cancéreux, en établissements de soins prolongés, souffrant de douleurs ostéoarticulaires ou de douleurs «psychogéniques»?

Pour le Conseil, il va de soi que le contrôle efficace de la douleur chronique est un aspect essentiel du bien-être physique et mental et de la qualité de vie. Cependant, la douleur est encore entourée de beaucoup de tabous. Peut-être faut-il lever la conspiration du silence qui l'entoure pour en arriver à la diagnostiquer et à la traiter convenablement.

Partie I:

La douleur chronique: une réalité complexe

«La douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme, qui le rend plus malade qu'il ne serait sans elle.»

(Dr René Leriche, *La chirurgie de la douleur*)

Chapitre 1
Une maladie à part entière

La douleur a une importance fondamentale dans le comportement humain. C'est cependant une sensation et une émotion personnelle, pour ne pas dire intime, autour de laquelle il n'est pas facile de faire l'unanimité. Ainsi, il y a à peine quelques années, essayer de trouver une définition de la douleur qui reçoive l'assentiment de tous les spécialistes de la douleur, c'était presque une mission impossible. Jusqu'à ce que Merskey en propose une, en 1979, alliant simplicité et pragmatisme, qui fut ensuite adoptée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur.

> *«La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, et décrite en fonction de cette lésion.»*[1]

Cette définition a entre autres mérites celui de reconnaître que la dimension affective s'ajoute à la dimension sensorielle dans l'expérience de la douleur. Cependant, il reste encore, selon Melzack et Wall, trop à apprendre sur les mécanismes de la douleur pour la définir avec précision. Et il serait vain d'espérer parvenir à une définition satisfaisante avant d'avoir compris les phénomènes troublants des syndromes cliniques de la douleur.[2]

1.1 Douleur et souffrance

Quand on parle de douleur, on évoque presque inévitablement la souffrance. Comment distinguer ces deux ordres de sensation? Disons simplement que la douleur comme telle recouvre un ensemble de phénomènes biologiques, émotionnels et psychologiques alors que la souffrance rejoint une réalité beaucoup plus complexe car elle tient compte autant du contexte et de la signification de la douleur que de ses aspects environnementaux, sociaux, moraux et spirituels. Il est bien sûr impossible au médecin de visualiser ou de mesurer la souffrance d'un patient. Le mieux qu'il puisse faire est d'être attentif à sa douleur physique ou psychologique et faire en sorte de la soulager.

1. Merskey et IASP, 1979.
2. Melzack et Wall, 1982.

1.2 De la douleur aiguë à la douleur chronique

On attribue depuis toujours à la douleur un rôle de «système d'alarme» de l'organisme qui avertit lorsque quelque chose ne tourne pas rond. Cette douleur dite aiguë, par opposion à chronique, se traduit par un stimulus désagréable qui sert à détecter une agression quelconque ou agit comme symptôme d'une maladie imminente ou déjà à l'œuvre. Elle décroît ou disparaît normalement quand la guérison est en bonne voie.

La douleur aiguë n'apparaît cependant pas toujours en même temps qu'une lésion; elle peut servir également à imposer l'immobilité à l'organisme lésé afin de favoriser la guérison et la récupération.[1] Mais, les douleurs aiguës n'ont pas nécessairement une fonction biologique. Les douleurs postopératoires qui apparaissent à la suite de brûlures et la majorité des douleurs post-traumatiques, liées par exemple à une fracture, ne sont pas utiles et elles commandent une immobilité qui entraîne souvent des complications. Ainsi, l'élimination rapide de la douleur permet d'accélérer la convalescence, de diminuer de façon significative les complications et autorise généralement une récupération plus rapide.

Mais qu'arrive-t-il lorsque la douleur persiste toujours après la période normale de guérison, après trois mois, après six mois, après un an? De toute évidence, la douleur ne joue pas alors un rôle nécessaire de signal d'alarme, elle ne permet pas non plus à l'organisme d'échapper à l'agression et ne correspond pas davantage à un état de besoin comme la convalescence et le repos. De façon générale, les spécialistes admettent qu'une douleur devient «chronique» lorsqu'elle persiste plus de six mois.[2]

On peut en effet se demander quelle est l'utilité de la douleur dans l'arthrite rhumatoïde, le cancer ou la névralgie? Contrairement à la douleur aiguë qui répond à un état d'urgence, favorisant ainsi la survie, la douleur dite chronique n'a pas de véritable intérêt car elle est habituellement destructrice tant au plan physique et psychologique que social.[3] La douleur chronique est généralement une force nuisible qui impose un stress physique, émotionnel et économique grave au patient, à sa famille ainsi qu'à la société. Alors que la douleur aiguë n'est que le symptôme de la maladie, la douleur chronique est elle-même une maladie, «une maladie à part entière», comme l'a d'ail-

1. Wall, 1979.
2. Sternbach, 1974.
3. Merskey, 1978.

leurs montré Sternbach, l'un des premiers à avoir distingué entre douleur aiguë et douleur chronique.

1.3 La douleur chronique: une maladie à part entière

«Admettre que la douleur chronique et persistante est, sous bien des rapports, une entité médicale distincte, différente de la douleur aiguë, a constitué un des progrès les plus importants de ces dernières années», soulignent Melzack et Wall dans leur livre *Le défi de la douleur*. Il est apparu en effet que la douleur chronique, celle qui subsiste alors qu'elle n'est plus nécessaire, présente des caractéristiques bien différentes de la douleur aiguë. Il ne s'agit plus d'un simple symptôme mais d'un problème médical en soi, d'une maladie à part entière.

Les principaux signes de douleur

DOULEUR AIGUË
Augmentation du rythme cardiaque
Augmentation de la pression et du débit sanguin
Dilatation de la pupille
Transpiration des mains
Hyperventilation
Hypermobilité
Comportement de fuite

DOULEUR CHRONIQUE
Troubles du sommeil
Irritabilité
Troubles de l'appétit
Constipation
Ralentissement psychomoteur
Abaissement de la tolérance à la douleur
Repli vis-à-vis de la société
Comportement anormal vis-à-vis de la maladie

En effet, la douleur persistante déclenche un véritable engrenage provoquant des bouleversements somatiques, neuro-végétatifs, affectifs et psychosociaux importants chez l'individu. Ainsi, le «souffrant chronique» est affecté par des troubles du sommeil et d'épuisement. Son comportement change au fil des mois; il devient irritable et moins

tolérant à la douleur. Son humeur change; il présente de l'anxiété et parfois un état dépressif.

La plupart des études qui ont été publiées sur les profils psychiatriques et psychologiques des malades atteints de douleurs chroniques montrent que la dépression est un trait caractéristique.[1] Avec le temps, anxiété et dépression aidant, les personnes souffrant de douleurs chroniques commencent à se percevoir comme des invalides chroniques, incapables de poursuivre des activités professionnelles et d'avoir des activités sociales. C'est l'isolement et le repli sur eux-mêmes. Ils adoptent ainsi le «rôle de malade», ce que Pilowsky, Chapman et Bonica qualifient de «comportement anormal vis-à-vis de la maladie»[2]. C'est alors le cercle vicieux de la surmédication, des interventions chirurgicales, de la réduction de revenus et de l'altération des relations familiales et sociales. C'est ce que certains chercheurs ont même appelé le «syndrome de la douleur chronique».

◊ ◊ ◊

À 56 ans, Jean souffre depuis vingt ans de douleurs au dos. Il y a dix ans, les douleurs sont devenues assez fortes pour qu'il s'absente occasionnellement de son travail comme contremaître à Hydro-Québec. Un grave accident d'auto est venu empirer les choses, il y a sept ans. Jean multiplie les consultations médicales. On commence alors à lui parler d'arthrose. C'est le début d'un engrenage: interventions chirurgicales, physiothérapie, médicaments, stimulation transcutanée... C'est aussi la dépression!

«Il y a trois ans, je me suis assis avec un médecin. Nous avons parlé durant deux heures. Mes radiographies étaient au mur et il m'a montré l'inflammation des nerfs et les dommages aux vertèbres. Il m'a expliqué ce qui pouvait changer et ce qui ne pouvait pas. C'est là que ça a «cliqué». J'ai compris qu'il ne pourrait jamais plus y avoir d'amélioration véritable. C'est alors que j'ai accepté. Mais, je n'accepterai jamais que ça m'arrête de vivre. Debout, plié, ou à quatre pattes, je vais faire mon travail.»

«Maintenant, la douleur est toujours présente mais supportable tant que je ne fais pas de faux mouvements.» Avant ce déclic, Jean passait des périodes où il avait peur de faire tout geste à des périodes de révolte où il défiait la douleur en faisant une activité inappropriée, comme de soulever des objets lourds.

Depuis deux à trois ans, il a changé d'attitudes face à sa douleur. Il a trouvé des positions, des façons de bouger qui réduisent au minimum les crises. Cette nouvelle approche fait suite à son entretien avec le médecin mais aussi à sa préretraite qui lui a permis de changer de vie. Il a aujourd'hui un atelier où il fabrique des meubles à son rythme.

1. Bonica, 1981.
2. Pilowsky, Chapman et Bonica, 1977.

Chapitre 2
Le prix de la douleur

Victimes de migraines intraitables, de lombalgies rebelles, de membres fantômes douloureux, d'inflammations douloureuses provoquées par le zona, d'arthrose et d'arthrite, de cancers (pour ne nommer que les douleurs les plus communes), ils sont nombreux à porter le fardeau de la douleur à vie.

«Bien que l'on ne dispose pas de statistiques précises provenant d'études épidémiologiques nationales et internationales, les indications fournies par des études effectuées dans plusieurs pays sur l'incidence d'un certain nombre d'affections douloureuses, ainsi que l'observation personnelle de milliers de malades dans presque deux cents centres médicaux répartis dans quelque soixante pays des six continents, me permettent de supposer que presque un tiers de la population des pays industrialisés souffre de douleurs chroniques et que, parmi ce tiers, la moitié — voire les deux tiers — est soit partiellement, soit totalement «handicapée» pendant des jours, des semaines et même des mois; une partie l'est, en fait, en permanence.»[1]

On estime qu'un Nord-Américain sur dix est touché par la douleur chronique. Il ne faut pas cacher que le traitement de la douleur chronique figure parmi les problèmes majeurs de santé en Amérique du Nord. Selon une enquête menée aux États-Unis par le Dr John Bonica, un des pionniers de la médecine de la douleur, il en coûterait à l'économie américaine, strictement au chapitre des soins de santé, entre 20 et 60 milliards de dollars par année.[2]

Une autre étude américaine précise pour sa part que les problèmes de douleur chronique coûtent entre 40 et 50 milliards de dollars annuellement, incluant les soins médicaux, la perte de productivité et les paiements d'indemnités.[3] Au Canada, dans la seule province de l'Ontario, le coût économique de la douleur chronique s'élève en moyenne à 30 millions de dollars par année, pour une population de 8 millions d'habitants.[4] C'est dire les sommes fabuleuses qui sont

1. Pilowsky, Chapman et Bonica, 1977.
2. Bonica, 1978.
3. Report of the Panel on Pain, 1979.
4. Williamson, 1982.

englouties annuellement pour le traitement de la douleur chronique dans l'ensemble des pays occidentaux!

S'ajoute à cela le «marché de la douleur», qui apparaît à tout le moins à la hauteur des coûts économiques générés par la douleur. Selon des estimations, les analgésiques distribués sans ordonnance et dont l'action essentielle consiste à supprimer ou à atténuer les douleurs, représentent annuellement un marché de 1,7 milliard $ US aux États-Unis. On sait que 30% des analgésiques vendus entraînent un effet de dépendance.

Selon l'enquête de Santé et Bien-être social Canada, les analgésiques viendraient au second rang, après les vitamines, dans l'ordre d'importance des médicaments consommés par les personnes de 15 ans et plus. D'après le rapport Courtney, même si ces médicaments sont consommés en moins grande quantité et sur une base moins régulière que les vitamines, il n'en reste pas moins que ce sont ceux qu'on retrouve en plus large proportion dans les foyers.[1] Et encore faut-il voir que les effets des analgésiques sur l'organisme n'ont rien de comparable à ceux des vitamines.

Les problèmes de douleur chronique sont associés à une classe de maladies qui viennent en tête de liste des problèmes de santé en ce qui a trait aux coûts d'hospitalisation, au nombre de consultations externes et à l'incapacité à long terme.[2] La douleur chronique est même la cause la plus fréquente d'incapacité aux États-Unis, surtout en raison des maux de dos qui seraient la cause la plus commune de paiements d'indemnités.[3]

On a établi, par exemple, que les problèmes de dos donnent lieu à 18,8 millions de visites chez le médecin annuellement. On a également estimé que chaque année, 7 millions d'Américains deviennent inaptes au travail, pour une période plus ou moins longue, à cause de douleurs lombaires qui entraînent une perte de 200 millions de jours de travail.[4] À la suite d'une vaste étude sur les relations entre la santé et les comportements, une équipe de chercheurs a notamment conclu que les maux de dos chroniques sont à la fois les plus coûteux à traiter et parmi les plus coûteux en termes d'incapacité.[5]

1. Lalonde, 1978.
2. Rowe, 1969.
3. Report on the Task Force on Pain Centers, 1978.
4. Houpt, 1979.
5. Melzack et Wall, 1982.

Les maux de tête talonnent de près les maux de dos avec 12,3 millions de visites aux médecins et occasionnent aux Américains des dépenses de l'ordre de 300 millions $ annuellement. Ensemble, les maux de dos et les maux de tête comptent pour 7,5% des 410 millions de visites médicales effectuées par des patients présentant différents symptômes physiques.[1]

Un groupe de spécialistes du National Institute of Health (NIH) ont pour leur part conclu que les maux de tête se manifestant de façon régulière sont la cause la plus fréquente de douleur chronique. Selon ce groupe, les douleurs lombaires, arthritiques et cancéreuses s'ajoutent pour former le peloton de tête des douleurs chroniques.[2]

Le portrait type d'un individu affligé de douleurs chroniques donne à peu près ceci: il souffre depuis sept ans, il a subi de trois à cinq interventions chirurgicales majeures, il a dépensé ou a coûté à la Régie de l'assurance-maladie, selon qu'il vit aux États-Unis ou au Québec, environ 75 000 $ et souffre encore![3] Et il ne faut pas oublier de tenir compte de la quantité de médicaments analgésiques que cette personne a dû prendre pour tenter de soulager sa douleur et de la dépendance qu'elle a fort probablement développée au cours de ces années.

Mais le prix de la douleur ne se limite pas qu'aux coûts économiques, lesquels ne sont peut-être, tout bien considéré, que la pointe de l'iceberg... Que dire, en effet, des coûts inestimables en termes de perte de qualité de vie et de souffrance humaine.

Il suffit de penser à certains aspects psychosociaux liés à l'expérience de la douleur, tels la réduction de l'activité ou carrément le retrait de la vie active, une réduction des revenus, l'abandon d'activités sociales, l'altération des relations familiales et la polymédication qui mène souvent à la dépendance, voire même à l'intoxication médicamenteuse.

La somme de ces atteintes psychosociales se solde inévitablement par un impact important sur la personnalité de l'individu: des problèmes de comportement, l'isolement, la baisse de l'estime de soi, le développement d'une attitude d'invalide chronique et le développement d'un état dépressif pouvant aller jusqu'au désespoir.[4] La personne souffrante chronique se trouve alors au centre d'une spirale qui vient hypothéquer sérieusement sa vie psychologique et sociale au point d'altérer à tout jamais son intégrité et son équilibre.

1. Houpt, 1979.
2. Report on the Panel on Pain, 1979.
3. Houpt, 1979.
4. Sternbach, 1965.

◇ ◇ ◇

Pierre a tout juste 24 ans mais il souffre depuis l'âge de 16 ans d'une douleur chronique à l'intérieur du coude gauche, au niveau de l'articulation et des tendons. Comme beaucoup de jeunes de cet âge, Pierre pratiquait plusieurs sports, dont le baseball... Il était lanceur.

La douleur se manifeste lors d'un camp d'entraînement, partant de l'épaule jusqu'au poignet, douleur normale, semble-t-il, en début de saison au baseball. Toutefois, une douleur au coude jamais ressentie auparavant l'inquiète. Un orthopédiste, attitré au club, diagnostique une douleur normale compte tenu qu'il change de catégorie d'âge, ce qui l'oblige à lancer la balle six pieds plus loin.

«Pour me soulager et me permettre de lancer — il faut dire que j'insistais beaucoup — le médecin m'a donné deux injections répétées de cortisone sous forme d'infiltration à l'extérieur du coude, en dépit du fait que ma douleur se situait à l'intérieur. J'ai donc pu lancer cette année-là car le mal était devenu supportable avec la cortisone qui assouplit les tendons et empêche l'inflammation. Je devais aussi utiliser quelques trucs, comme mettre mon coude dans la glace avant et après chaque match ou entraînement...»

«Mais, les choses se sont compliquées à un moment donné lorsque la douleur s'est mise à envahir littéralement chaque geste de ma vie quotidienne, comme lacer mes souliers, tirer la couverture dans mon lit, etc. Et un jour, en prenant des notes à l'université, lors d'un cours, mon bras a bloqué... Je consulte alors une dizaine d'orthopédistes, je suis des traitements de physiothérapie et je fais des exercices de réadaptation.»

Chacun des orthopédistes diagnostique un «tennis elbow» (douleur à l'extérieur du coude, typique de la pratique du tennis) bien que Pierre se plaigne d'une douleur à l'intérieur et non à l'extérieur du coude. Jusqu'au jour où un orthopédiste décèle que son problème est justement le contraire d'un «tennis elbow». Ce médecin avait déjà rencontré un cas similaire chez un lanceur professionnel. Sa douleur était due au baseball... Il a interdit à tout jamais à Pierre de lancer.

«L'os de mon coude s'est peu à peu égrené à cause de l'usure provoquée par un même mouvement, celui de lancer une balle courbe. En conséquence, la douleur va continuer de me suivre toute ma vie. Il y aurait possibilité d'une opération où on remplacerait une partie de l'os qui s'égrène par un joint de plastique, mais les chances de succès sont seulement de 50%.»

Pierre a donc dû apprivoiser la douleur. *«J'ai des techniques pour me débloquer le bras — une dizaine de fois par jour — et je ne peux rester longtemps le bras immobile, même la nuit. De plus, le temps humide intensifie ma douleur.»* Comme il tient à pratiquer certains sports, il a besoin de supports orthopédiques pour son coude.

«À 24 ans, je trouve que c'est un peu jeune pour être pris avec une douleur chronique, surtout que je vais devoir l'endurer toute ma vie.» La médecine sportive se montre démunie et possède encore bien peu de moyens pour bien diagnostiquer les causes de la douleur.

Chapitre 3
Inégaux devant la douleur

La douleur est un phénomène double; elle est à la fois une sensation et une réaction émotionnelle à cette sensation. Du fait que la manifestation de la douleur fait appel à des sensations et à des sentiments, il va de soi que la douleur a une part de subjectivité. De ce fait, elle est ce que le malade affirme qu'elle est et non ce que les autres croient qu'elle devrait être.

3.1 La douleur: une expérience personnelle

Le comportement des individus face à la douleur variera donc à l'infini en fonction de la nature et de l'intensité de la douleur, en fonction de la personnalité et, aussi, des influences sociales, culturelles et religieuses de chacun. De plus, la réaction de la famille et des professionnels de la santé est susceptible d'influencer positivement ou négativement les attitudes face à la douleur.

La douleur est donc une expérience extrêmement personnelle dont la qualité et l'intensité dépendent des expériences antérieures de l'individu et du souvenir qu'il en garde, de son état d'esprit du moment et de son aptitude à comprendre la cause de la douleur et à en saisir les conséquences. Ces facteurs interviendraient même pour déterminer les «patterns» d'influx nerveux qui montent du corps vers le cerveau et qui y circulent ensuite. Dans cette perspective, la douleur devient fonction de l'individu considéré dans son entier, y compris ses pensées et ses craintes présentes ainsi que ses espoirs concernant le futur.[1]

Des études menées au cours des dix dernières années ont aidé à mieux comprendre l'extrême plasticité du système nerveux et le phénomène entourant la perception de la douleur. Celle-ci va en effet beaucoup plus loin que le problème de la lésion et des signaux sensoriels comme tels. Il est maintenant admis que les différences individuelles font en sorte que chacun réagit de façon unique à l'environnement. Et on sait aussi que la douleur prend des formes différentes d'une personne à l'autre et d'un milieu culturel à l'autre. L'ori-

1. Melzack, 1982.

gine culturelle des individus jouerait un rôle particulièrement significatif dans la perception de la douleur, si l'on se fie à l'intérêt que lui ont accordé plusieurs chercheurs.

3.2 Les seuils de douleur: facteurs d'influence

On en vient inévitablement à la question des « seuils de douleur». Melzack et Wall reconnaissent essentiellement trois types de seuils:

- le seuil de sensation, ou niveau de perception d'un stimulus;
- le seuil de perception de la douleur, ou niveau de perception d'une stimulation douloureuse;
- et enfin le seuil de tolérance à la douleur, ou niveau de douleur qui devient difficile à supporter.

— L'origine ethnique

L'origine ethnique des individus apparaît comme un facteur d'influence d'une importance certaine en regard surtout du seuil de perception de la douleur. En effet, des chercheurs ont établi, de façon rigoureuse, que tous les individus ont un seuil de sensation semblable, sur lequel les facteurs culturels n'ont aucun effet.[1]

L'origine culturelle intervient cependant de façon significative au niveau de la perception de la douleur. Ainsi, il a été démontré que les gens d'origine méditerranéenne percevaient comme pénible ou même douloureux un certain niveau de chaleur alors que les gens d'Europe du Nord ne ressentaient qu'une chaleur pure et simple.

— La signification de la douleur

Mais les antécédents culturels interviennent surtout sur le seuil de tolérance à la douleur. D'après certains chercheurs, le niveau de tolérance propre à chacun est déterminé en partie par son origine ethnique.[2]

De plus, le degré et le type de douleur seraient affectés, pour une bonne part également, par la signification de la situation qui provoque la douleur. Comment se fait-il que des soldats grièvement blessés au combat, durant la Seconde Guerre mondiale, disaient ne pas souffrir de leurs terribles blessures, souvent des plaies ouvertes, ou alors si peu qu'ils ne désiraient même pas de médicaments pour être soulagés?

1. Sternbach, 1965.
2. Ibid.

En fait, selon les observations du Dr Henry Beecher, chercheur américain alors officier dans l'armée, seulement un soldat sur trois se plaignait suffisamment pour qu'on lui administre de la morphine. Pourtant, les deux tiers n'étaient pas en état de choc et étaient tout à fait capables de ressentir de la douleur. Une enquête similaire effectuée auprès de soldats israéliens ayant participé à la guerre du Yom Kippur a donné des résultats comparables.

Quand le Dr Beecher, quelques années après la guerre, demanda à un groupe de civils, qui présentaient des blessures semblables à celles des soldats, s'ils voulaient de la morphine pour soulager leurs douleurs, il obtint une réaction tout à fait différente. Au contraire, quatre patients sur cinq affirmaient souffrir énormément et réclamaient une injection de morphine.

Le Dr Beecher conclut son étude en disant ceci:

«Il n'y a pas de relation directe simple entre la blessure proprement dite et la douleur ressentie. Celle-ci est en grande partie déterminée par d'autres facteurs, et l'interprétation de la blessure est d'une grande importance. (...) Pour le soldat blessé, sa réaction à la blessure en est une de soulagement, de bonheur d'être sorti vivant du champ de bataille, voire d'euphorie; pour le civil, l'intervention chirurgicale était un événement déprimant, désastreux.»[1]

Mais le Dr Beecher poussa plus loin l'expérience en administrant à la place de la morphine, une substance inactive, un placebo qui n'aurait pas dû soulager la douleur. Contrairement à ce qu'on aurait pu s'attendre, 35% des patients s'en trouvèrent soulagés. La certitude d'avoir reçu une injection de morphine avait suffi pour apaiser le mal. Ce qui confirme cette part subjective et impondérable de la douleur chronique.

Les expériences de conditionnement menées par Pavlov à la fin des années 20 ont d'ailleurs montré de façon convaincante que la stimulation de la peau est localisée, identifiée et évaluée avant même qu'elle ne soit perçue et entraîne un comportement en conséquence. De ce fait, la signification qu'acquiert le stimulus au cours du conditionnement vient moduler l'influx sensoriel avant qu'il ne déclenche les mécanismes cérébraux sous-jacents à la perception et à la réaction.[2]

1 Beecher, 1959
2 Merskey, 1969

— L'attention portée à la douleur

On sait, par ailleurs, que l'attention portée à la douleur contribue à en accroître l'intensité. Ainsi, les situations qui exigent une concentration intense et prolongée peuvent permettre de supporter des blessures, comme c'est le cas par exemple dans la pratique de certains sports, qui causeraient, dans des conditions normales, de vives douleurs.

3.3 Qui est susceptible de souffrir de douleur chronique?

Il existe toute une variété de facteurs physiques, psychologiques et circonstanciels qui interagissent et concourrent au développement de la douleur chronique. Cet amalgame de facteurs diffère selon les individus, les rendant plus ou moins susceptibles, selon les cas, d'être entraînés dans un processus de chronicisation.

Les femmes se révèlent particulièrement sensibles à glisser sur le terrain de la douleur chronique. Ainsi, en 1980, l'analyse faite par le Dr Dorothea Lack d'une série d'entretiens préliminaires avec des malades qui désiraient être admis à son service, The Lourdes Hospital Pain Unit, dans l'État de New York, révèle qu'on a administré aux femmes, avant leur hospitalisation, plus de tranquilisants qu'aux hommes. Cependant, après des interventions comme un blocage nerveux, une laminectomie ou la pose d'un stimulateur dans la colonne vertébrale, les hommes ont bénéficié du double de la dose d'analgésiques qu'ont reçue les femmes pour le même type d'interventions. Quoique cette pratique discriminatoire soit sujette à caution sous bien des rapports, le Dr Lack en conclut que les hommes ont plus de facilité que les femmes pour décrire ce qu'ils ressentent avec précision, objectivité et concision.

Selon cette même étude, il apparaît que les femmes au foyer comptent le plus faible pourcentage d'interventions relevant de la chirurgie de la douleur bien qu'elles souffrent, toutes proportions gardées, plus longtemps avant de se faire opérer (10 ans et 314 jours) que les autres femmes (10 ans et 6 jours) ou que les hommes (7 ans et 168 jours).[1]

Une enquête menée auprès d'anciens malades du Medical Pain Clinic de l'Université de Mongantown révèle encore que les femmes atteintes de douleurs chroniques sont plus enclines que les hommes à rester alitées toute la journée et qu'elles attribuent leurs souffrances à «une cause inconnue» deux fois plus souvent que les hommes.

1. Expériences relatées par Bogin, 1982.

Enfin, l'une et l'autre de ces deux études démontrent que les hommes sont plus aptes que les femmes à se faire attribuer une assistance financière quand ils sont atteints de douleurs chroniques, sous forme de prestations de sécurité sociale, de primes d'assurance-maladie ou d'allocation compensatoire d'une autre nature.[1]

Il apparaît donc qu'on prend plus facilement la douleur masculine au sérieux que la douleur féminine et que cette douleur masculine est relativement mieux reconnue et authentifiée par l'attribution de prestations compensatoires. La douleur féminine est plus souvent traitée comme s'il s'agissait d'un phénomène purement psychologique, d'où cette tendance à prescrire davantage des tranquilisants. Le risque de s'éterniser dans un hôpital et d'y subir un traitement débilitant est donc plus grand pour les femmes que pour les hommes, conclut-on, avec ce que cela comporte en termes de peur, d'anxiété, d'état dépressif chez ces femmes à qui on n'administre pas un traitement spécifique et adéquat ou bien à qui on n'explique pas clairement les raisons de leur état.[2]

La douleur chronique, c'est aussi une question de terrain comme tendent de plus en plus à le démontrer de nombreux chercheurs. Certains se sont même hasardés à tracer le profil psychosocial type du souffrant chronique. Ainsi, cet individu est plutôt âgé et plusieurs membres de sa famille souffrent de dépression. Il vient, de façon générale, d'un milieu socio-économiquement défavorisé. Il tend aussi à faire des demandes répétées de soins et a souvent déjà à son compte plusieurs interventions chirurgicales.[3]

En comparant le souffrant chronique au patient «déprimé», les chercheurs ont noté que les résultats scolaires du souffrant chronique étaient plus faibles, que son niveau d'éducation était plus bas, qu'il avait commencé à travailler plus tôt dans la vie et qu'il occupait un emploi dans la catégorie des «cols bleus» plutôt qu'un emploi clérical.[4] Aussi, le processus de socialisation favoriserait le développement de certains comportements face à la douleur et à la maladie.[5] Même sans douleur, il est clair que l'individu qui deviendra un «souffrant chronique» se perçoit au départ comme appartenant à un milieu social défavorisé et qu'il se sent diminué par rapport à la société en général.[6]

1. Ibid.
2. Expériences relatées par Bogin, 1982.
3. Skevington, 1983.
4. Maruta, 1976.
5. Skevington, 1983.
6. Sternbach et Rusk, 1973.

Grâce à sa douleur chronique, cet individu trouve à se doter d'une identité particulière et développe, en quelques mois, un nouveau style de vie où il trouve une certaine valorisation. C'est pourquoi ce type de patient est très difficile à traiter car il résiste au changement. Il choisit de se retirer du système, de se marginaliser et ce faisant, d'éviter la comparaison avec d'autres groupes sociaux. Les souffrants chroniques «professionnels» tendent à rejeter l'explication psychologique de leurs symptômes et à évoquer le stress de leur vie quotidienne plutôt que la détresse émotive pour justifier leurs plaintes.[1]

Il existe cependant plusieurs catégories de «souffrants chroniques» qui peuvent éprouver une douleur variant entre une composante purement «organique» à une douleur carrément «psychogénique».

Une première catégorie regroupe les patients souffrant d'une douleur qui repose sur une base réelle, objective, et dont la cause organique est bien connue. Ces individus montrent un bon ajustement psychosocial. Ils peuvent cependant développer un état dépressif à la suite de la prolongation des symptômes douloureux.

Un second groupe est constitué de patients pour lesquels on n'a pu établir la cause objective de leur douleur. Leur ajustement psychologique est bon malgré que la persistance de la douleur puisse entraîner des accès dépressifs.

Dans la troisième catégorie, on retrouve des patients qui ont tendance à exagérer considérablement la gravité de la douleur causée par des lésions organiques. De façon générale, ces patients souffrent de différents problèmes psychiatriques, de l'hystérie à l'hypocondrie en passant par la schizophrénie.

Enfin, une quatrième catégorie comprend des patients pour qui la douleur chronique est un symptôme spécifique de la dépression masquée. Il s'agit d'une douleur purement «psychogénique».[2]

1. Maruta, 1976; Sternbach et Rusk, 1973.
2. Hendler, 1981.

Chapitre 4
Comment agit la douleur chronique: ses mécanismes

On ne peut se pencher sur le problème de la douleur chronique sans en considérer toutes les facettes, y compris ses mécanismes physiologiques. Et pour espérer contrôler ou éliminer la douleur, il faut tout d'abord comprendre comment les stimuli circulent dans l'organisme, par quelles voies ils vont et reviennent du cerveau ainsi que le rôle joué par les processus cérébraux dans le déclenchement de la décharge douloureuse.

Pour bien comprendre ces mécanismes, un voyage dans le corps s'impose. Il faut d'abord partir du cerveau qui détient toutes les clés de commande de l'organisme. Pour mener à bien son rôle de grand gestionnaire, le cerveau dispose d'un prolongement naturel, le système nerveux, constitué lui aussi de cellules spécialisées appelées neurones. On le compare parfois à un arbre qui rayonnerait dans tout notre corps à la manière d'un fantastique écheveau. C'est ainsi que les ramifications nerveuses deviennent des fibres qui innervent tous les organes, tous les muscles, tous les vaisseaux, et courent partout sous la peau. C'est sur ce circuit que transitent toutes les sensations, toutes les informations provenant du corps, y compris celles qui traduisent une douleur.

L'avènement de la neurobiologie dans les années 70 a permis d'y voir infiniment plus clair dans l'écheveau complexe des mécanismes qui sous-tendent l'acheminement des stimuli douloureux et permettent de les percevoir consciemment.

4.1 La route ascendante de la douleur

Les terminaisons nerveuses provenant de la peau, des viscères ou d'autres sources, qui se prolongent dans les fibres des nerfs périphériques, émettent des impulsions nerveuses vers des cellules de transmission appelées cellules T qui sont des récepteurs spécialisés de la douleur.

Les fibres nerveuses qui servent à transmettre les impulsions en provenance des cellules T aboutissent dans la corne postérieure de la moelle épinière où elles font synapse avec les fibres du système

nerveux central qui acheminent le message douloureux jusqu'à la moelle épinière et au thalamus où il est perçu et interprété. Le thalamus est situé en plein centre du cerveau où il jouerait un rôle-clé dans le traitement des informations sensitives. C'est précisément au niveau de la corne postérieure que se séparent les différentes fibres nerveuses.

Il existerait en fait deux voies de conduction sensitive, à deux vitesses différentes. On peut parler des fibres de gros calibre, fibres rapides, myélinisées (recouvertes d'une sorte d'isolant), pour la douleur vive, bien localisée. Il existe aussi des fibres de petit calibre, beaucoup plus lentes, non myélinisées, dont la stimulation provoque une douleur sourde, persistante. Ces deux types de fibres forment des nerfs qui aboutissent tous dans la corne postérieure de la moelle.

L'organisation de cette corne, fort complexe car elle se compose de multiples faisceaux de neurones, a fait l'objet de nombreuses recherches depuis les derniers vingt ans. Et pour cause, car la corne postérieure constitue avec le cerveau les hauts-lieux de la modulation de la douleur. C'est en effet dans cette corne que les fibres des nerfs périphériques, susceptibles de transporter des messages de douleur, se connectent au système nerveux central. Mais c'est aussi la première étape où les stimuli douloureux peuvent être inhibés et le message, stoppé.

De multiples voies ou chaînes de fibres transmettent des signaux de douleur au cerveau, en passant par le thalamus et le cortex. C'est précisément dans l'excitation et l'interaction complexe de ces voies de transmission que se trouverait l'origine des aspects cognitifs et émotionnels de la douleur.[1] Parmi ces voies, on sait que le faisceau spino-thalamique latéral, qui aboutit à la base du thalamus, transporte des influx nerveux rapides et bien localisés. On croit qu'il joue un rôle important dans la médiation des douleurs aiguës et de courte durée. Mais plusieurs études, au cours desquelles on a pratiqué des lésions sur les fibres nerveuses, tendent à montrer que les voies des systèmes latéraux sont impliqués de façon générale dans la transmission des douleurs chroniques organiques par opposition aux douleurs aberrantes et psychiques.[2]

On sait que d'autres voies ascendantes, dont certaines prennent leur origine dans des fibres plus lentes, transmettent des influx liés à des douleurs chroniques, diffuses et de nature émotionnelle. Mais

1. Zimmerman, 1981.
2. Dennis et Melzack, 1977.

on ne connaît encore à peu près rien de leur destination et de leurs propriétés. Ces voies sont souvent faites de petites fibres qui sont difficiles à isoler et à étudier.

Le système nerveux central (SNC) joue cependant un rôle beaucoup plus complexe que celui du système nerveux périphérique dans la perception de la douleur et le comportement lié à cette douleur. Il peut en effet compter sur un anneau de structures, parfois appelé système limbique, qui entoure le thalamus de chaque côté du cerveau et joue un rôle capital dans la douleur. Ces structures comprennent l'hypothalamus, l'hippocampe, l'amydale, le septum et le cingulum, et sont chapeautées en quelque sorte par le cortex cérébral qui les enveloppe toutes dans ses multiples replis.

On suppose actuellement que la perception de la douleur est due à la coopération et à l'interaction d'un certain nombre de systèmes cérébraux.[1] Mais, cette fine mécanique cérébrale n'est pas encore bien comprise. On sait que l'information douloureuse est modifiée dans le SNC. Mais comment? C'est ce que des études fondamentales en neurophysiologie tentent de mettre en lumière. Sans doute qu'en comprenant mieux les mécanismes de transformation du message douloureux dans le SNC, il sera possible de développer de nouvelles approches dans le traitement de la douleur. En somme, c'est dans le cerveau proprement dit qu'il devient le plus difficile de suivre la piste de la douleur.

4.2 Les voies descendantes ou comment le message de douleur peut être court-circuité ou renforcé

Lorsqu'il arrive au cerveau, le message de douleur n'a pas encore terminé son périple. Il doit retourner vers la moelle épinière par des voies descendantes. C'est récemment, au cours des années 70, qu'on a découvert la puissance des systèmes de contrôle des voies descendantes. C'est là que tout se décide: le message douloureux reçoit le feu vert pour continuer son chemin ou il est relégué aux oubliettes. Ce sont essentiellement les structures du tronc cérébral qui sont importantes dans le contrôle descendant de l'information douloureuse. La principale voie est sans doute celle qui relie la substance grise périaqueducale (SGPA) de la partie haute du tronc cérébral au noyau du raphé, situé dans la partie basse du tronc cérébral, et, de là, aux neurones de la corne dorsale de la moelle qui sécrètent des substances analogues à la morphine.

1. Zimmerman, 1979.

Une série d'expériences ont permis de mettre en évidence que la stimulation électrique de la SGPA provoque une profonde analgésie sur les animaux éveillés, qui peut durer jusqu'à plusieurs minutes après la stimulation.[1]

Il existe aussi une autre voie descendante, celle reliant la formation réticulée du tronc cérébral aux neurones de la moelle épinière qu'elle vient inhiber. Ce système de contrôle est cependant organisé différemment et il agit de façon complémentaire au système de la SGPA. Comme tout ce qui se rattache à la douleur, ces mécanismes de contrôle sont relativement complexes. Ceci explique pourquoi on n'a pas encore complètement levé le voile sur ces fonctions de contrôle.

4.3 La chimie de la douleur

On ne peut dresser un tableau du cheminement du message douloureux sans faire intervenir les «transmetteurs chimiques». En fait, la douleur peut être causée autant par des stimuli de nature chimique que par des stimuli mécaniques. On pense notamment que la douleur inflammatoire pourrait être due à des stimuli chimiques bien qu'on ne dispose pas encore de preuves définitives.[2]

Plusieurs chercheurs ont démontré que l'injection dans les artères de certaines substances biochimiques, la sérotonine, l'histamine ou la bradykinine, pouvait entraîner des réponses douloureuses chez le chien ou chez d'autres espèces animales. Ces substances sont dites «algogènes» car elles peuvent provoquer la douleur. Mais elles sont aussi produites naturellement par l'organisme et servent de neurotransmetteurs, c'est-à-dire qu'elles facilitent l'acheminement et la circulation des messages dans le système nerveux.

Ainsi, les neurones de la corne dorsale de la moelle et d'autres parties du système nerveux central produisent différents neurotransmetteurs comme la substance P, la sérotonine et l'histamine, pour communiquer entre eux. En fabriquant de telles substances, certaines cellules facilitent ainsi le passage des impulsions douloureuses voyageant des nerfs périphériques vers la moelle épinière et le cerveau.

D'autres substances intermédiaires, les prostaglandines, peuvent également jouer un rôle important dans les mécanismes douloureux.[3]

1. Reynolds, 1969; Melzack et Wall, 1982.
2. Guzman et Lim, 1968.
3. Moncada, 1979.

Non pas qu'elles induisent elles-mêmes de la douleur mais elles renforcent l'efficacité des médiateurs biochimiques qui sont des substances algogènes.

Mais notre corps produit également des substances antidouleur. On a en effet découvert, au cours des années 70, que l'organisme humain fabriquait ses propres morphines qu'on a appelé endomorphines. Cette découverte a révolutionné notre compréhension de la douleur et en particulier celle du phénomène de l'auto-analgésie observé maintes fois chez les grands blessés. On a trouvé des récepteurs morphiniques un peu partout dans le corps, mais en concentrations plus élevées à plusieurs niveaux des voies de transmission de la douleur, comme la corne dorsale de la moelle épinière, les noyaux du raphé et la substance grise périaqueductale.[1]

C'est ainsi qu'en sécrétant des endorphines, certains neurones spécialisés de la corne dorsale agissent comme de puissants inhibiteurs de la transmission du message douloureux, empêchant ainsi la sensation douloureuse de poursuivre son chemin. Mais, tous les individus ne sont pas également favorisés quant au taux d'endorphines présent dans l'organisme, ce qui peut expliquer les différences entre les individus dans leur capacité à supporter la douleur.

Des études ont en effet montré que des malades souffrant de douleur chronique bénigne d'origine psychique manquaient d'endorphines et souvent également de sérotonine.[2] De tels malades peuvent tirer un grand bénéfice de la stimulation nerveuse transcutanée qui active la production d'endorphines.[3] Aussi, l'administration d'antidépresseurs chez certains patients peut les aider en permettant en quelque sorte de jouer sur le taux de sérotonine relâchée par leur système nerveux.[4]

4.4 De Descartes à la théorie du portillon

Descartes publiait en 1644 sa théorie de la spécificité de la douleur, qui consistait à peu de chose près à tirer une corde pour faire sonner une cloche... L'organe lésé envoie un message directement au cerveau qui, alerté, déclenche une réaction. Peu à peu, avec le progrès des connaissances en neurobiologie, on a remplacé la corde par un fil électrique mais le principe était fondamentalement le même.

1 Simon, 1978.
2 Terenius, 1981.
3 Sjolund, 1973.
4 Johansson et von Knorring, 1979.

Depuis, de nombreux travaux ont permis de réaliser que la douleur est un mécanisme beaucoup plus complexe qu'on ne le croyait, qu'elle n'est pas simplement le fruit d'un influx sensoriel. De plus, le stimulus douloureux est soumis à toute une variété de modifications et de modulations, tout au long de son parcours.

Des générations de chercheurs ont travaillé sur les mécanismes de la douleur avant de commencer à y voir plus clair, avant de comprendre un tant soit peu comment l'être humain réagit à la douleur. Plusieurs théories se sont succédées, parfois en soulevant de vives controverses, au fur et à mesure que de nouvelles techniques d'observation permettaient de mieux décoder le fonctionnement du système nerveux.

Mais la nouvelle théorie formulée par Ronald Melzack et Patrick Wall, vers le milieu des années 60, dite «théorie du portillon», vit émerger un début de consensus. Cette théorie repose sur l'existence, à chaque niveau de la moelle, d'un système de portes ou d'écluses automatiques qui laisse ou non, selon le cas, passer le message douloureux. Ainsi, le message est véhiculé à partir de la périphérie vers la moelle épinière et le cerveau par des fibres de fin calibre. Cependant, les fibres de plus gros calibre peuvent parvenir à court-circuiter ou inhiber la transmission de ces messages lorsqu'elles sont excitées au-delà d'un certain seuil. Mais elles sont assez difficiles à exciter. En l'absence d'inhibition, la porte est grande ouverte, permettant ainsi aux stimuli de traverser la moelle de part en part et de rejoindre le thalamus par l'intermédiaire de la voie spinothalamique.

En somme, la théorie du portillon tient essentiellement dans la mise en évidence de l'existence d'un mécanisme de contrôle spinal qui réagit selon le degré d'activité ou d'excitation des fibres nerveuses à fin et à gros calibres.

Partie 2:
Vaincre la douleur chronique: un défi

«La douleur est plus qu'une palpitante énigme: c'est un problème terrible qui défie l'humanité entière et qui exige une solution urgente.»

(Melzack et Wall)

Chapitre 1
Le diagnostic et le traitement de la douleur chronique: une problématique

Le père de l'étude sur la douleur chronique, le Dr John Bonica, a montré qu'un fort pourcentage de malades éprouvant des douleurs postopératoires, post-traumatiques ou liées à une affection viscérale, ainsi que la majorité des malades souffrant de douleurs à la suite de brûlures, par exemple, ne sont pas efficacement ou adéquatement soulagés. De plus, nombreux sont les malades souffrant de douleurs chroniques qui ne réagissent pas au traitement médical habituel. Ils sont alors soumis à des interventions souvent inutiles et coûteuses, parfois mutilantes, qui ouvrent éventuellement la voie à la dépendance, voire même à l'intoxication médicamenteuse.

Il arrive qu'un nombre significatif de ces malades décident de renoncer au traitement médical et de chercher ailleurs la solution à leurs maux. Certains d'entre eux aboutissent chez des guérisseurs ou des charlatans, cherchant avec l'énergie du désespoir à soulager leur douleur. D'autres font peu à peu de leur existence avec la douleur chronique un véritable mode de vie.

On pourrait comparer la douleur chronique à une bête aux multiples tentacules tant il y a de composantes à soupeser et de stratégies à envisager quand il s'agit de lutter contre elle. Le diagnostic et le traitement de la douleur chronique rebelle demeurent, dans le contexte actuel, un défi de taille:

> *«Il est fréquent que le diagnostic correct ne soit pas porté et que le malade subisse une suite empirique de traitements qui se terminent habituellement par une toxicité médicamenteuse et qui entraînent assez souvent des complications iatrogènes.»*[1]

Le médecin a l'habitude de se demander si la douleur dont se plaint son patient est vraie ou fausse. «C'est une attitude qui n'a pas de raison d'être, explique le Dr Pedro Molina-Negro, coordonnateur du Centre de la douleur de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, car la douleur en soi est toujours véritable puisqu'il s'agit d'une sensation et d'une émotion. Il appartient au médecin de l'accepter comme réelle et de découvrir pour quelle raison la personne se plaint.»

1. Bonica, 1981.

On assiste à l'émergence d'une nouvelle attitude face au problème de la douleur, qui consiste à approcher l'individu souffrant dans sa globalité plutôt que de le considérer strictement comme porteur d'une lésion ou d'un handicap quelconque. L'évaluation du patient ne s'arrête pas à un examen physique mais comporte également des examens psychologiques et psychiatriques. On prend également en considération son histoire personnelle, familiale et socio-économique, de façon à pouvoir compter sur le maximum d'éléments pour identifier la cause de la douleur.

«Une telle démarche est nécessaire pour identifier de façon précise la source de la douleur et le mécanisme qui peut contribuer à modifier son intensité. Elle doit précéder tout geste thérapeutique. Cette démarche, assez laborieuse, implique bien sûr la participation d'une équipe multidisciplinaire, ce qui explique qu'on ne puisse souvent y faire appel de façon systématique dans nos institutions», fait valoir le Dr Molina-Negro.

> *«La tendance progressive à la spécialisation a contribué au fait que chaque spécialiste envisage la douleur «par le petit bout de la lorgnette». Ceci est tout particulièrement susceptible de survenir lorsqu'il pratique seul et voit les malades dans l'isolement de son cabinet. Cette situation ne lui permet pas d'envisager le problème de la douleur dans la perspective des nombreuses stratégies thérapeutiques et diagnostiques qui peuvent être applicables au problème donné.»*[1]

Le sentiment d'impuissance de nombreux professionnels de la santé face au problème de la douleur chronique est connu et même admis par certains. En fait, l'approche médicale ou chirurgicale vise à supprimer la douleur dans les plus brefs délais alors que la complexité du phénomène appelle plutôt une approche approfondie de tous les aspects en cause, une approche biopsychosociale.

Dans bien des cas, l'état douloureux chronique n'est pas seulement le fruit de désordres physiologiques mais il peut être aussi associé au stress, à l'anxiété, à des troubles de comportement ou à des troubles émotifs et à des problèmes de fonctionnement social. Autant de facteurs qui conditionnent les limites de la tolérance physiologique et psychologique d'un individu devant un problème émotionnel ou qui diminuent sa capacité à mobiliser de façon efficace ses ressources pour changer son environnement ou sa relation avec l'environnement dans le cas d'une perte de l'intégrité physique, par exemple.

1. Bonica, 1981.

Il n'existe pas de panacée ou de traitement-miracle de la douleur chronique. On réalise, de plus en plus, que pour contrôler la douleur avec un maximum d'efficacité, il faut l'attaquer sur plusieurs fronts à la fois. Or les praticiens et les étudiants semblent bien mal préparés pour faire face à la douleur chronique.

En fait, l'enseignement dispensé aux étudiants en médecine, aux médecins et aux autres professionnels de la santé concernés par le traitement clinique des malades souffrant de douleurs aiguës ou chroniques est déficient à maints égards. De plus, les médecins et les étudiants ne sont guère familiarisés avec les différences existant entre douleur aiguë et douleur chronique en ce qui concerne l'étiologie, le rôle, les mécanismes, la physiopathologie ainsi que l'approche diagnostique et thérapeutique.

Ainsi, ce problème au niveau de la formation est largement appuyé par l'examen de sept manuels classiques américains de médecine et de chirurgie et de dix d'oncologie qui a montré que sur un total de 22 000 pages, quelques dizaines seulement étaient consacrées à la description du traitement par analgésiques ou autres moyens thérapeutiques pour différentes douleurs qualifiées de sévères, comme les douleurs cancéreuses ou post-traumatiques.[1]

En fait, on n'enregistre guère de progrès du côté de la formation des nouveaux médecins, le contenu du curriculum s'étant accru sensiblement sans que la durée du cours n'ait été augmentée. Il ne semble pas facile d'insérer un champ comme la pharmacologie de la douleur chronique dans un curriculum de formation déjà fort chargé.

◊ ◊ ◊

À trente ans, Janine était professeure à la polyvalente, mariée et mère de cinq enfants. Un bon matin, elle se lève avec une forte douleur aux pieds et aux mains. Diagnostic: polyarthrite rhumatoïde. La progression de sa maladie a été très rapide.

«*C'était comme une vraie boîte à surprise. Dès qu'une articulation se calmait, une autre commençait à faire mal, n'importe où, sans que je puisse prédire laquelle. Chaque crise laissait mes articulations un peu plus raides. Je décide alors de mettre le temps, les efforts et l'argent nécessaires pour me guérir.*» Pendant dix ans, pays chauds, sels d'or, acupuncture, naturopathes, médecine conventionnelle, Janine essaie tout ou presque.

Au début de sa maladie, les médecins lui donnent un «bon» pronostic: 80% des arthritiques conservent leur mobilité et jouissent de périodes de rémission. «*Avec mon optimisme habituel, je me suis dit que j'allais être dans les 80%...*

1. *Bonica, 1980.*

Mais, tous les matins, j'ai continué de me réveiller avec une, deux ou trois articulations douloureuses. J'ai subi plusieurs opérations: deux aux hanches et trois aux genoux... Il y a cinq ans, en ultime recours, j'ai fait un voyage en Terre Sainte et à Lourdes, avec mon mari. On espérait tous les deux un miracle. Pour moi, le miracle s'est produit... pas celui que j'attendais, mais le voyage a marqué un virage dans ma vie.» Janine parle d'une «expérience spirituelle» qui lui a fait découvrir une «force d'acceptation».

À partir de ce moment, son énergie se déplace vers les autres: *«on se découvre des missions»*. Elle le dit avec de l'espièglerie au fond des yeux. Pourtant, sa douleur se manifeste comme *«une brûlure, un irritant»*. Elle a toujours mal: elle se réveille 25 fois par nuit.

«Présentement, je vous parle, mais tout l'avant-bras me brûle.» Elle le dit sans cesser de sourire... Elle croit que *«sans force extérieure à soi-même, on ne peut vivre avec cette douleur»*. Elle ne sait pas comment font les autres. *«Il y a deux catégories: ceux qui ont accepté et ceux qui déprime. Eux autres, on les fuit comme la peste.»*

Elle prend le moins de médicaments possible afin de garder sa lucidité, elle ne veut pas être «gazée». *«La douleur, c'est un vieux vêtement bien inconfortable, mais je n'ai pas le choix, il faut que je le porte.»*

La douleur a changé complètement son mode de vie mais aussi ses valeurs: *«L'argent, le ménage, l'apparence, cela n'a plus d'importance.»* Beaucoup d'amis se sont éloignés. Certains proches, comme son mari, n'accepteront jamais. *«Avant, j'entretenais la maison, j'élevais les enfants. Maintenant, non seulement je ne suis plus capable de faire quoi que ce soit mais je coûte de l'argent. La douleur physique ne vient pas seule. La douleur morale n'est jamais bien loin.»*

Janine a aujourd'hui 45 ans. Elle est en chaise roulante depuis plusieurs années; elle porte un carcan et ne mange plus seule. Elle vit à l'hôpital depuis un an...

Chapitre 2
Les douleurs cancéreuses

Lorsqu'on parle de cancer, on pense spontanément aux affres de la douleur qui accompagnent très souvent cette maladie. En effet, selon Twycross, environ 60% des cancéreux qui ont atteint la phase terminale de leur maladie éprouvent des douleurs intenses, et un tiers d'entre eux meurent sans avoir été soulagés efficacement.[1]

D'autre part, lorsqu'on sait que chaque année 80 000 Canadiens sont victimes de cancer, le problème des douleurs cancéreuses prend une envergure alarmante. D'autant plus que la douleur chronique du cancéreux, en phase terminale, prend un sens bien particulier: elle aboutit à la mort. Elle n'a aucune commune mesure avec les douleurs chroniques reliées à d'autres problèmes de santé. De ce fait, elle commande un traitement tout à fait spécial qui vise à soulager le plus possible le cancéreux de façon à lui permettre de vivre dans la dignité cette dernière étape de sa vie.

2.1 La douleur cancéreuse: une «douleur totale»

Un chercheur qui s'est intéressé à la question de la douleur cancéreuse en phase terminale, Cicely Saunders, parle de douleur totale à cause du caractère multidimensionnel de l'expérience de la douleur chez le cancéreux. C'est une douleur qui désorganise l'individu tant au plan psychologique, interpersonnel et existentiel qu'au plan social et économique.[2] Elle lui rappelle sans cesse le pronostic sans issue et rend l'agonie encore plus pénible.

Il s'agit d'une douleur chronique, persistante, envahissante et qui s'intensifie parfois jusqu'à devenir intolérable avant de décliner, dans certains cas, quelques semaines ou quelques jours avant la mort.

La perception de la douleur est souvent amplifiée par des sentiments d'anxiété, d'angoisse, de colère, d'impuissance et même de désespoir, qui peuvent plonger le patient cancéreux dans un état dépressif et même, dans certains cas extrêmes, le conduire au suicide. À partir du moment où le patient est au courant de son diagnostic,

1. Twycross, 1980.
2. Saunders, 1980.

il craint une invalidité croissante, une perte de statut social, une perte de contrôle de sa douleur, la mutilation, l'isolement, l'abandon et la venue de la mort, à plus ou moins brève échéance.[1]

À cause de la complexité de la douleur cancéreuse, le Dr John Bonica est d'avis que l'impact physiologique et psychologique de la douleur chronique chez le cancéreux est plus considérable que chez la personne qui souffre de douleurs chroniques non cancéreuses.[2] Dans une étude sur le langage de la douleur chronique chez des francophones québécoises souffrant d'un cancer du sein avec métastases, on retrouve parmi les termes les plus courants pour la décrire, une douleur «épuisante», «pénétrante», «torturante», «éprouvante», «élançante».[3]

En fait, l'incidence de la douleur cancéreuse semble étroitement reliée au site primaire de celle-ci. Plus faible chez les leucémiques, l'incidence de la douleur est moyenne dans les cas de cancer du sein et particulièrement élevée chez les patients souffrant d'un cancer de la cavité buccale et des os.[4]

Aux douleurs causées à proprement parler par l'évolution de la maladie cancéreuse elle-même peuvent être associées les douleurs post-chirurgicales ou post-thérapeutiques. En fait, tout un ensemble de facteurs physiopathologiques doivent être connus et reconnus pour appréhender dans sa globalité la douleur cancéreuse. Par exemple, certaines neuropathies, qui surviennent à la suite de traitements par chimiothérapie et diverses affections douloureuses sans lien direct avec le cancer, se manifestent fréquemment comme la cystite ou la stomatite.[5]

2.2 La qualité de vie, objectif premier

Le premier objectif d'une équipe qui œuvre auprès de patients cancéreux est de maintenir la qualité de vie au meilleur niveau possible. Tout le monde s'entend là-dessus! Dans un contexte où la guérison n'est plus possible, il faut au moins pouvoir relever le défi de la douleur tout en laissant au patient sa lucidité et son jugement.

Selon le Dr Louis Dionne, l'un des artisans de la Maison Michel-Sarrazin, à Québec, il est essentiel de soulager d'abord la douleur physique si l'on veut espérer réduire ensuite les autres niveaux de

1. Chapman, 1979.
2. Bonica, 1979.
3. Paquette, 1984.
4. Twycross, 1980.
5. Bergeron, 1984.

douleurs, qu'on pourrait appeler souffrance. «Il faut, dit-il, enlever jusqu'au souvenir de la douleur, éliminer la crainte que la douleur revienne.» «Si on applique ce qu'on sait maintenant de l'analgésie, on peut contrôler environ 90% des douleurs cancéreuses», affirme le Dr Marcel Boisvert, directeur de l'Unité de soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria, à Montréal.

De nombreux chercheurs ont d'ailleurs montré que la douleur des cancéreux peut être soulagée dans la très grande majorité des cas, tant dans les unités de soins hospitaliers généraux que dans les unités de soins palliatifs ou même à domicile.[1]

Or, relever le défi de la douleur nécessite une telle somme de connaissances diversifiées et un tel investissement personnel qu'il est presque impossible pour un seul professionnel de l'assumer dans sa totalité. Il semble donc que le problème multidimensionnel et multiforme posé par la souffrance des cancéreux exige l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire. On peut y retrouver infirmière, médecin-oncologiste, pharmacien, anesthésiste, neurochirurgien, spécialiste en pharmacologie, médecin omnipraticien, travailleur social, aumônier, psychologue, diététiste et personnel auxiliaire. Une telle équipe est essentielle pour une approche globale de la douleur.[2]

Mais, pour réussir à soulager les douleurs des patients en phase terminale, ceux qui donnent les soins doivent tenir compte de la dynamique de la douleur, de l'activité pharmacologique des analgésiques et, ce qui est le plus important, des besoins du patient et de sa famille.

2.3 Avant tout, contrôler la douleur physique

Les spécialistes qui œuvrent dans le milieu des soins palliatifs conviennent qu'il est impossible de répondre aux besoins psychosociaux et spirituels d'une personne en phase terminale si la douleur n'est pas bien contrôlée par une médication appropriée et si les effets secondaires des médicaments prescrits ne sont pas bien circonscrits.

«Nos connaissances dans le domaine de la douleur d'origine cancéreuse sont suffisantes pour avoir raison de 9 douleurs sur 10. Malheureusement, déplore le Dr Marcel Boisvert, elles sont peu diffusées et lorsqu'elles sont connues, on semble avoir peur de les mettre en pratique. La médecine en général commence à peine à se débarrasser des vieux mythes, de la crainte des narcotiques, de la peur

1. Saunders, 1980; Mount, 1980; Twycross, 1980.
2. McGivney et Crooks, 1984.

d'engendrer la dépendance en commençant trop tôt l'usage des narcotiques chez les patients cancéreux.»

Les médecins généralistes, et même certains spécialistes, sont peu familiers avec les médicaments à être administrés aux patients cancéreux et ne prescrivent pas de façon adéquate dans la plupart des cas. Une étude a révélé que les trois quarts des malades qui avaient reçu des analgésiques morphiniques en vue de soulager une douleur sévère avaient continué à éprouver des douleurs modérées ou sévères. L'examen de ces observations a montré que les médecins prescrivaient la moitié ou les deux tiers de la dose nécessaire pour soulager des douleurs sévères. De plus, les infirmières diminuaient l'administration de la dose prescrite d'un autre tiers ou même d'une moitié. Une étude menée auprès de cent internes d'hôpitaux a montré que la plupart sous-estimaient la posologie efficace, surestimaient la durée d'action et exagéraient les risques de dépendance et de détresse respiratoire.[1]

C'est un fait dont il ne faut pas se surprendre quand on sait que sur 9 000 pages de manuels d'oncologie utilisés pour la formation des futurs médecins, 17 seulement sont consacrées au traitement de la douleur cancéreuse.

«Pourtant, la douleur cancéreuse tue, elle précipite la mort, explique le Dr Louis Dionne, de la Maison Michel-Sarrazin. Par exemple, une récidive dans la plaie, dans le cas d'un cancer du rectum par exemple, ce n'est pas mortel mais c'est très difficile à soulager. Et les gens qui en souffrent meurent alors qu'ils ne sont pas atteints mortellement. Ils sont biologiquement épuisés par la douleur!»

Il y a donc un principe qui s'impose dans le traitement médicamenteux de douleurs d'origine cancéreuse: prévenir la douleur. «Il faut éviter que la douleur revienne, il faut en effacer jusqu'au souvenir. Car la douleur est plus difficile à déloger une fois installée. Il ne faut jamais attendre que le patient se plaigne pour administrer l'analgésique», explique le Dr Dionne.

C'est le Dr Saunders qui a découvert ce principe, alors qu'elle tentait, comme infirmière, de soulager les souffrances d'un malade agonisant, au cours de la Seconde Guerre mondiale. Elle s'est rendu compte que c'était plus efficace de prévenir l'arrivée de la douleur plutôt que de tenter de la contrôler une fois apparue. Ce principe de traitement devait servir de base à son approche thérapeutique. Elle a en effet fondé, en 1967, à Sydenham dans la banlieue de Londres,

1. Marks, 1973.

un lieu pour accueillir les mourants et apaiser leur douleur, le désormais célèbre St. Christopher's Hospital.

En administrant régulièrement un sédatif, selon une posologie adéquate, on parvient donc à briser le réflexe conditionné de la douleur et à procurer un apaisement et une sécurité. On permet ainsi à la personne de faire face à sa maladie dignement et de rester en possession de toutes ses facultés. Étant donné que la plupart des analgésiques ont une durée d'action de 4 à 6 heures, il est donc nécessaire d'en administrer de 4 à 6 doses par jour pour contrôler efficacement la douleur.

2.4 Les analgésiques

Dans le domaine du contrôle de la douleur, entre autres chez les patients en phase terminale, on reconnaît que «analgésie» n'égale pas «analgésique». Par conséquent, il faut privilégier une approche globale du phénomène douloureux. La prescription d'analgésiques ne constitue qu'un élément parmi d'autres, comme les mesures non médicamenteuses et un soutien psychosocial. L'analgésique reste cependant le meilleur moyen dont on dispose pour bloquer la transmission de la douleur.

— *Les non-narcotiques*

Les analgésiques se répartissent en deux catégories: les narcotiques et les non-narcotiques. Au rang des non-narcotiques, on retrouve les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les stéroïdes, les antidépresseurs, les tranquilisants majeurs et mineurs. Les analgésiques non-narcotiques et non-stéroïdiens sont particulièrement indiqués, par exemple dans les cas de métastases osseuses, alors que les stéroïdes sont plus efficaces quand il s'agit d'atténuer la douleur causée par l'infiltration des tissus mous. Quant aux antidépresseurs, ils sont utiles pour soulager des douleurs de type dysesthésique (qui surviennent à la suite de dommages subis par les voies nerveuses ou par la moelle épinière) associées à des dommages neurologiques.[1]

— *Les narcotiques*

Parmi les narcotiques, la morphine reste la substance de prédilection. La grande majorité des patients aux prises avec des douleurs modérées ou sévères peuvent être soulagés par l'administration régulière de morphine par voie orale. Ce narcotique ne devrait pas d'ail-

1. Twycross, 1980.

leurs être réservé seulement aux cas de cancer en phase terminale car il est sûr, bien toléré et efficace à tous les stades de la maladie. Dès que des analgésiques moins puissants n'arrivent plus à supprimer adéquatement la douleur, le traitement à la morphine doit être amorcé.[1] Il est alors préférable de prescrire les traitements par voie orale, plus faciles à administrer sur une longue période de temps.[2]

«Nombreux sont les médecins qui retiennent leurs gestes quand arrive le temps de prescrire de la morphine car des craintes tenaces subsistent dans leur esprit malgré ce qu'on sait maintenant sur cette substance», fait remarquer le Dr Louis Dionne.

Certains médecins craignent par exemple le phénomène d'accoutumance ou de pharmacodépendance. Or, on sait maintenant que celle-ci ne se manifeste généralement pas lorsque le narcotique est administré régulièrement et adéquatement. Lorsque vient le temps de cesser la médication, une réduction graduelle de la posologie prévient tous les symptômes de sevrage, bien qu'ils soient de façon générale légers ou inexistants.[1] Cette crainte est d'autant plus discutable pour des malades dont le pronostic est fatal à court ou moyen terme. Pourquoi les priver de l'analgésique le plus efficace?

De même, la crainte que la tolérance s'installe et que la morphine ne devienne graduellement inefficace n'est pas fondée. Il apparaît maintenant que la tolérance significative au plan clinique est inhabituelle. Le besoin d'augmenter la dose de morphine vient dans la plupart des cas d'une augmentation de la douleur et non du niveau de tolérance. Des auteurs britanniques ont étudié l'usage de la morphine per os sur plusieurs centaines de malades souffrant de douleurs chroniques, sur des périodes allant jusqu'à deux ans. ils concluent que l'usage de la morphine per os n'est pas responsable du phénomène de dépendance et que le problème de la tolérance, lorsqu'il se présente, n'est pas difficile à solutionner.[3]

Quelques médecins craignent enfin que l'usage de la morphine à doses élevées ne produise un effet de détresse respiratoire. Or, cette manifestation est extrêmement rare chez les patients cancéreux traités à la morphine, même chez ceux atteints d'affections respiratoires.

Bien sûr, la prise de narcotiques est susceptible de provoquer chez les patients cancéreux des effets secondaires indésirables, en parti-

1. Rapport du Comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux, 1984
2. Brûle et Voisin, 1981
3. Veres, 1978

culier la constipation, la somnolence, parfois aussi des nausées et des vomissements, de la confusion surtout chez les personnes âgées, ainsi que de la rétention urinaire.

— L'héroïne: nécessaire à l'arsenal antidouleur?

L'utilisation médicale de l'héroïne est un sujet qui fait l'objet d'une vive polémique depuis quelque temps. En fait, l'utilisation thérapeutique de l'héroïne est maintenant autorisée au Canada depuis le 1er mars 1985. Son emploi à des fins médicales est également légale en Grande-Bretagne et en Belgique. Mais l'héroïne est-elle vraiment plus efficace, apporte-t-elle vraiment un soulagement plus grand?

Le chercheur britannique Robert G. Twycross[1], bien connu à travers le monde pour ses travaux sur l'héroïne, a procédé à un essai croisé contrôlé afin de comparer l'efficacité de l'héroïne et de la morphine administrées par voie orale. Son étude s'est étendue sur plus de deux ans et a porté sur 700 patients souffrant d'un cancer en phase terminale.

Il en arriva à la conclusion que la morphine par voie orale était aussi efficace que l'héroïne administrée de la même façon. C'est d'ailleurs à la suite de ces travaux que le St. Christopher's Hospice commença, en avril 1977, à utiliser la morphine par voie orale plutôt que l'héroïne. Les résultats de Twycross ont été corroborés par Melzack et ses collaborateurs, à Montréal, qui ont tenté de doser la réaction à la morphine administrée par voie orale chez un groupe de cancéreux en fin d'évolution.[2]

Cependant, Twycross note que la grande solubilité de l'héroïne dans l'eau, comparativement à la morphine, lui donne un avantage certain au plan pratique, lorsqu'il est nécessaire d'administrer ces narcotiques par voie intramusculaire ou intraveineuse.

Des études sur la pharmacodynamique de l'héroïne ont montré que l'héroïne a l'avantage de soulager plus rapidement la douleur mais que la durée de l'effet est plus courte qu'avec la morphine.[3] En somme, même en admettant que l'héroïne soit une drogue plus puissante que la morphine, on n'a toujours pas de preuves qu'elle soit réellement plus efficace.

De nombreux médecins s'opposent au fait qu'on présente l'héroïne comme un médicament-miracle contre la douleur alors qu'il n'est

1. Twycross, 1977.
2. Melzack, Mount et Gordon, 1976.
3. Inturrist, Mitchell, Foley et Schultz, 1984.

guère plus efficace que les autres. «Il y a des narcotiques qui sont aussi bons que l'héroïne et d'autres qui sont même meilleurs. Pourquoi cette ruée? s'interroge le Dr Marcel Boisvert, de l'hôpital Royal Victoria. Est-ce que les médecins ont à ce point besoin de sentir qu'ils font quelque chose pour leurs patients mourants en se donnant un médicament qui ne sera somme toute qu'un médicament de plus? Peut-être est-ce une façon de réduire un sentiment d'impuissance ou d'inutilité difficile à assumer!»

En définitive, ne serait-il pas plus important de mettre l'accent sur une meilleure connaissance des mécanismes de traitement de la douleur à partir des approches qui existent déjà plutôt que de s'acharner à remettre en service un médicament qui, de toute façon, ne changera pas grand-chose à la douleur du cancéreux?

Le rapport du Comité consultatif d'experts canadiens sur le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux a d'ailleurs conclu qu'à l'heure actuelle, il n'y avait aucune raison médicale de rendre l'héroïne disponible au Canada.

2.5 Prescrire à bon escient

Il y a environ 10 000 nouveaux cas de cancer par année, au Québec. Cependant, nombre de médecins ne voient qu'un ou deux cas de cancer par année et n'ont guère l'occasion de se familiariser avec les particularités de la douleur cancéreuse et les différentes approches susceptibles de la contrôler efficacement. Or, on convient maintenant que l'évaluation et le traitement des patients souffrant de cancer requièrent une expertise spécifique, notamment pour prescrire à bon escient les narcotiques qui constituent le pilier de la lutte antidouleur dans les cas de cancer. Toutefois, la plupart des médecins ne connaissent pas suffisamment la pharmacologie des narcotiques pour les utiliser de façon adéquate.[1]

C'est pourquoi il est essentiel que chaque hôpital puisse compter sur un noyau de personnes-ressources en matière de pharmacologie de la douleur qui soient aptes à jouer un rôle-conseil auprès des médecins. De même, chaque grand hôpital comptant 500 lits et plus devrait disposer d'une unité où on concentre l'expertise en ce qui touche le traitement de la douleur, suggère le Dr Marcel Boisvert.

1. Lorenz, 1980.

Chapitre 3
Les douleurs ostéoarticulaires

Les problèmes ostéoarticulaires constituent sans doute la source la plus importante de douleurs en Occident. Arthrite, rhumatismes, lésions des ligaments, des tendons, des capsules synoviales, maux de dos: toute une panoplie de maux qui ne signifient pas un arrêt de mort pour les victimes mais annoncent dans la plupart des cas un long et douloureux calvaire.

3.1 Les maladies rhumatismales

L'arthrite, qu'on retrouve sous quelque 150 formes différentes, est la principale cause de douleurs ostéoarticulaires. On estime qu'aux États-Unis, au moins 50 millions de personnes en sont atteintes mais que 17 millions d'entre elles souffrent suffisamment de douleur chronique pour exiger des soins médicaux permanents.[1] Au Canada, on estime qu'un Canadien sur sept souffre de malaises articulaires, ce qui signifie annuellement d'énormes répercussions sur l'économie canadienne: plus de neuf millions de jours ouvrables perdus et au-delà d'un milliard de dollars en perte de revenus.

Les maladies rhumatismales regroupent un ensemble de maladies qui se caractérisent par une atteinte de la structure articulaire et du tissu conjonctif. Ces maladies s'expriment le plus souvent par une douleur aiguë mais surtout chronique causée par une lésion mécanique ou inflammatoire des structures articulaires, osseuses ou musculaires.

La lésion mécanique, par exemple l'ostéoarthrite, se manifeste par une douleur lors d'un mouvement et par une exagération du problème à l'effort. La lésion inflammatoire, dont l'arthrite rhumatoïde est l'un des plus illustres représentants, se manifeste par un gonflement articulaire ressenti après une période de repos et est associée à des problèmes systémiques, perte de poids, grande fatigue, etc.

Critères d'une douleur mécanique:

— **douleur lors d'un mouvement qui augmente à l'usage;**

1. Pelletier, 1984.

— **douleur soulagée par le repos;**
— **raideur articulaire en fin de journée;**
— **peu de signes systémiques.**

Critères d'une douleur inflammatoire:
— **raideur articulaire le matin;**
— **gonflement articulaire;**
— **rougeur, chaleur, douleur;**
— **signes systémiques associés.**

3.2 La douleur arthritique: une douleur à vie...

«Je sais exactement ce que les personnes souffrant d'arthrite ressentent, surtout le matin. Je sais, en quittant mon lit, ce que mes genoux, mon dos, mes pieds me feront endurer avant que je puisse me bouger un peu, quand mes douleurs et mes raideurs auront un peu cessé. Cette épreuve m'est familière depuis si longtemps que j'en viens à croire que ceux qui souffrent continuellement finissent par développer un seuil de douleur supérieur, car ils savent qu'elle sera là. Ils se conditionnent en quelque sorte pour l'accepter. Ils apprécient aussi, plus que les autres, l'absence de douleur. On se sent tellement mieux lorsqu'elle s'apaise et disparaît.»[1]

Le Dr Christian Barnard est bien placé pour parler de la douleur arthritique car il souffre depuis des années d'arthrite rhumatoïde. Il doit composer sans cesse avec cette réalité quotidienne, comme des millions d'autres personnes à travers le monde. En fait, la douleur est intimement liée au processus arthritique. Ce qui explique pourquoi les personnes souffrant de douleurs arthritiques sont souvent prêtes à tout, et l'expression n'est pas trop forte, pour supprimer ces douleurs qui affectent leur mode et leur qualité de vie.

— La douleur mécanique

Considérons d'abord la douleur d'origine mécanique comme celle qui prévaut dans le cas de l'ostéoarthrite. Cette forme d'affection rhumatismale est souvent appelée «arthrite d'usure» et frappe surtout les personnes âgées. La douleur est le symptôme le plus courant de l'ostéoarthrite.

1. Barnard, 1984.

Au début, il peut s'agir d'une vague douleur, d'une légère raideur qui se manifeste après une activité. La douleur commence généralement à se faire sentir avec l'usure du cartilage, une sorte de tissu élastique qui recouvre les surfaces osseuses des articulations. Le cartilage perd peu à peu cette élasticité indispensable qui lui permet d'extraire du liquide synovial l'oxygène et les substances nutritives dont il a besoin pour protéger l'extrémité des os. De grandes sections du cartilage s'usent, exposant l'extrémité des os. L'articulation perd alors sa forme initiale, l'extrémité des os s'épaissit et des saillies peuvent se former.

Le simple fait de marcher peut alors provoquer de vives douleurs. Celles-ci s'accentuent en effet progressivement pour atteindre un paroxysme lorsque le malade poursuit des activités normales comme l'entretien du gazon, les tâches ménagères ou le jardinage. Lorsque la maladie se répand autour de l'articulation, des troubles se manifestent dans la coordination et la posture du corps, entraînant des épisodes douloureux intenses. Au stade plus avancé, l'ostéoarthrite peut provoquer des douleurs même pendant les périodes de repos.[1]

Pas question de guérir de l'ostéoarthrite! Tout au plus arrive-t-on à contrôler l'évolution de cette maladie et les manifestations douloureuses. Essentiellement, le traitement peut consister dans l'administration d'analgésiques afin de combattre la douleur, par exemple de l'aspirine, combinés à des exercices de renforcement musculaire et peut-être certaines modifications au mode de vie pour ménager les articulations douloureuses. À cause de sa nature essentiellement mécanique, l'ostéoarthrite est peut-être parmi les affections arthritiques celle qui permet, malgré tout, le contrôle le plus efficace de la douleur.

— *La douleur inflammatoire*

La maladie rhumatismale de type inflammatoire, notamment l'arthrite rhumatoïde, condamne celui qui en est victime à la douleur à vie. C'est sans doute la plus répandue car elle affecte des millions de personnes à travers le monde. Les trois quarts d'entre elles sont des femmes. Les premiers symptômes apparaissent aux doigts et aux poignets, lesquels sont souvent le siège des premières manifestations douloureuses suivies par les raideurs et les douleurs matinales, une sensibilité presque douloureuse de la plante et des parties charnues

1. Baker, 1983.

du pied lors de la marche, une sensation de fatigue générale, une perte de poids et d'appétit.

L'arthrite rhumatoïde est une maladie qui peut évoluer jusqu'à l'invalidité lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée assez tôt. Mais, il faut dire qu'il est souvent difficile d'établir rapidement un diagnostic précis. Les personnes atteintes de cette maladie présentent divers symptômes, de gravité variable. Si certaines subissent des accès périodiques, entrecoupés de périodes de rémission, la majorité souffre cependant de la forme chronique, avec douleurs et déformations, qui nécessite des soins pour le reste de la vie.

Comment expliquer que certaines personnes vont souffrir le martyre alors que les douleurs arthritiques seront supportables pour d'autres? On sait maintenant que l'évolution de l'arthrite rhumatoïde et l'intensité des douleurs ressenties sont largement déterminées par la personnalité de la personne atteinte; celle-ci a tendance à être perfectionniste, soumise, nerveuse et agitée, réservée et introvertie, très sensible et dépressive. Les composantes psychologiques et psychosociales de l'arthrite rhumatoïde ne font plus de doute.[1]

Le diagnostic et l'évolution de l'arthrite rhumatoïde peuvent avoir un retentissement psychologique important et provoquer chez le malade des émotions très vives qui se répercutent sur le niveau de perception de la douleur. Alors que pour certaines personnes, la maladie et l'incapacité qui lui est associée constituent un événement catastrophique, elles sont perçues par d'autres comme une partie de l'expérience humaine.[2]

Le diagnostic d'arthrite est souvent vu comme un signe de vieillissement précoce, de dégénérescence, comme une perte de l'image de soi, de l'identité sociale et des aptitudes fonctionnelles, comme une condamnation à l'infirmité, à la dépendance, à l'isolement social. Cette perception donne lieu à des réactions émotionnelles vives qui amplifient l'intensité de la douleur et diminuent le seuil de tolérance de l'individu.

On sait que l'arthrite rhumatoïde est classée parmi les maladies auto-immunes, c'est-à-dire que l'organisme fabrique des armes, les anticorps, contre lui-même. Il développe en quelque sorte des tendances suicidaires. On peut se demander si ces réactions auto-immunes ne traduisent pas chez certaines personnes, présentant des

1. Moos, 1964.
2. Edwards, 1965.

traits de personnalité particuliers, une tendance suicidaire profonde et inavouée.

3.3 L'arthrite rhumatoïde et la personnalité

En étudiant plus de 5 000 personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde, un chercheur a réussi à isoler un certain nombre de traits de caractères qui seraient propres à l'arthrite rhumatoïde, ce qu'on a appelé «rheumatoid personality». Ainsi les arthritiques ont tendance à être dévoués, masochistes, conformistes, anxieux et impatients, réservés, inhibés et dépressifs. Quant aux femmes souffrant d'arthrite, elles sont plus nerveuses, tendues, inquiètes, d'humeur changeante et dépressives que leurs sœurs qui sont en santé. De plus, on a remarqué, dans le cadre de cette étude, que les arthritiques chez qui le traitement avait été moins efficace et la maladie avait évolué plus rapidement, étaient plus anxieuses, isolées, introverties, aliénées et déprimées que celles chez qui la maladie était moins grave.[1]

D'autre part, il a été démontré ces dernières années que la part d'extraversion et d'introversion dans notre personnalité jouait un rôle dans le comportement en général et dans la perception de la douleur. «Il est hors de doute qu'un arthritique vivement intéressé par ce qui est extérieur à lui a besoin de moins de comprimés d'analgésiques que celui qui n'est préoccupé que par son mal et ne porte aucun intérêt à ce qui l'entoure. L'occupation de l'esprit est le meilleur analgésique; c'est un échappatoire à la douleur.»[2] En définitive, nous ne sommes pas plus égaux devant la douleur que devant la maladie.

La douleur exerce en outre une grande influence sur la personnalité et les émotions. Celle-ci peut même affecter le fonctionnement intellectuel et émotif d'une personne. Des études sur le lien entre la perception de la douleur et les émotions suggèrent que l'anxiété est le principal facteur déclenchant.[3]

— *Les facteurs déclenchants*

Les flambées de douleurs articulaires dans l'arthrite rhumatoïde seraient attribuables à des sentiments d'agressivité refoulée et d'anxiété exacerbée, lesquels contribueraient à accroître la tension musculaire.[3] Ainsi, nos émotions et notre tempérament peuvent contribuer grandement à tourner le fer dans la plaie...

1. Moos et Solomon, 1965.
2. Barnard, 1984.
3. Moldofsky et Chester, 1970.

En plus de leurs réactions à la douleur proprement dite, certains patients anticipent l'accès de douleurs, un phénomène qui mobilise la part de leur vie qui ne l'était pas par la douleur. Voilà qui corrobore la maxime de Montaigne: «Qui craint de souffrir souffre déjà ce qu'il craint». Cette réaction à la douleur anticipée peut affecter considérablement, parfois plus que la douleur elle-même, les efforts pour rester actifs.[1]

Certaines heures particulières de la journée constituent des périodes de pointe pour la douleur. Ainsi, des chercheurs ont démontré que la douleur est souvent plus aiguë aux premières heures du jour. Dans les cas d'arthrite rhumatoïde, de la spondylarthrite ankylosante et des maladies dégénératives comme l'ostéoarthrite, la douleur augmente la nuit et au petit jour. On cite le cas de personnes souffrant de spondylarthrite ankylosante, à la colonne vertébrale si raide et endolorie le matin, qu'ils doivent attendre trois à quatre heures avant d'être capables de s'habiller et d'aller travailler.[2]

De plus, la douleur peut devenir à ce point intégrée au «pattern» de comportement d'un individu souffrant de malaises arthritiques qu'il développe ce qu'on appelle un syndrome de douleur chronique. À ce point, la douleur n'est plus seulement la manifestation d'une atteinte des articulations, elle devient un ensemble de comportements, une situation où s'entremêlent perte d'estime de soi, conflits, dépendance face aux autres, dépression et détérioration de la personnalité.

Sans en arriver à cet état limite, la plupart des personnes souffrant d'arthrite passent par toutes sortes d'états émotifs qui affectent leurs efforts de réadaptation et la stratégie de lutte contre la douleur. Il apparaît important que les intervenants qui œuvrent auprès des personnes atteintes de maladies rhumatismales aient une bonne connaissance des facteurs psychologiques qui influencent le succès des programmes de traitement de ces maladies.[1]

3.4 Les limites des médicaments

Les personnes affligées d'arthrite sont peut-être plus que tout autre groupe enclines à rechercher le médicament-miracle qui aura raison de leur douleur quotidienne. La douleur rhumatismale est un lot difficile à supporter: c'est un secret de polichinelle! On sait que des millions de dollars sont dépensés chaque année pour des remèdes souvent inefficaces et presque toujours frauduleux. Il faut voir la pano-

1. Baum et Figley, 1980.
2. Hart, Taylor et Huskisson, 1970.

plie de supposés médicaments ou traitements en circulation et qui n'ont d'autres buts que d'exploiter la crédulité des gens en proie aux affres de l'arthrite.

Les charlatans et les colporteurs de remèdes-miracles qui «guérissent» l'arthrite disposent d'un net avantage sur les membres du corps médical. Ils garantissent ce que les médecins ne peuvent pas promettre: la disparition instantanée de la douleur. C'est un atout de taille quand on s'adresse à des personnes qui souffrent beaucoup et qui n'ont qu'un seul désir, soit d'apaiser leur douleur.[1] Malheureusement, l'arthrite ne répond pas à la magie des «mixtures révolutionnaires», des «formules secrètes», du bracelet de cuivre, etc.

En fait, les victimes de l'arthrite acceptent très difficilement le fait qu'il n'existe pas encore de remède à la plupart des formes de cette maladie. On sait seulement qu'un diagnostic précis et fait le plus tôt possible, un mode de traitement approprié et beaucoup de patience peuvent permettre de soulager la douleur et de réduire les possibilités de déformation des articulations.

Il y a bien sûr certains médicaments, notamment des analgésiques et des anti-inflammatoires, qui peuvent être d'un quelque secours pour la personne qui souffre d'arthrite. Mais, ce n'est pas une panacée! De plus, la réponse de l'organisme aux médicaments varie beaucoup selon les individus, dans le cas d'une maladie aussi complexe que l'arthrite:

> *«Je crois que les calmants ont leur place dans le traitement de l'arthrite, en particulier ceux qui, comme l'aspirine, ont l'avantage supplémentaire d'être anti-inflammatoires. Mais compte tenu de ma propre expérience, j'estime que les analgésiques ont un rôle limité à jouer. Quelle que soit l'efficacité des calmants (qui peuvent être aussi des stupéfiants, ce qui constitue un danger supplémentaire), ils ne font que masquer les causes originelles de l'arthrite, et produire des effets secondaires néfastes si l'on en abuse. Donc, en cas de nécessité, usez d'analgésiques mais avec modération et aussi temporairement que possible. Je trouve que dans mon cas, ils n'ont pas servi à grand-chose et je préfère tirer un soulagement des agents anti-inflammatoires.»*[2]

Les médicaments les plus indiqués pour soulager les douleurs arthritiques restent encore la bonne vieille aspirine, ou l'acide acétylsalicylique. Son action ne se limite pas à contrôler la douleur, elle

1. Baker, 1983.
2. Barnard, 1984.

est aussi anti-inflammatoire. Son utilisation sur une base régulière peut cependant entraîner des effets secondaires tels que les nausées, les vomissements et certaines hémorragies.

L'acétominophène peut offrir une solution de rechange à l'acide acétylsalicylique car cet analgésique provoque moins d'effets secondaires bien qu'il n'en ait pas les propriétés anti-inflammatoires. Il est cependant assez bénin pour être couplé à un anti-inflammatoire non stéroïdien.

Voici un tableau des principaux analgésiques utilisés pour lutter contre les douleurs arthritiques et les principaux effets secondaires possibles.

Analgésiques[1]

Dénomination commune internationale	Indications	Effets secondaires possibles
Acide acétylsalicylique	Soulage la douleur. Anti-inflammatoire de l'arthrite rhumatoïde, de la synovite et de la spondylarthrite.	Nausées. Vomissements. Maux de tête. Réactions allergiques. Ulcères. Troubles respiratoires. Anémie.
Acétaminophène	Bénin. Soulagement temporaire de la douleur.	À trop fortes doses: troubles hépatiques et rénaux. Cyanose. Anémie.
Phénacétine	Bénin. Soulagement temporaire de la douleur.	À trop fortes doses: troubles hépatiques et rénaux. Cyanose. Anémie.
Propoxyphène	Soulagement de courte durée de la douleur.	Asthénie mentale. Vertiges. Maux de tête. Éruptions. Désordres gastriques.
Codéine	Soulagement modéré de la douleur. Peu prescrite en raison de risques de toxicomanies et d'effets secondaires.	Constipation. Nausées. Somnolence.

1. Selon C. Barnard, *Mieux vivre l'arthrite et les rhumatismes*, 1984.

Il est à noter que les remèdes anti-inflammatoires non stéroïdiens ne se contentent pas de réduire l'inflammation mais procurent également un soulagement modéré de la douleur. Quant aux médicaments utilisés plus spécifiquement pour combattre l'inflammation, comme les corticostéroïdes, leur prescription est problématique car ils sont souvent, à cause de la gravité de leurs effets secondaires, plus dangereux que le processus inflammatoire lui-même.

À propos des corticostéroïdes, une étude s'intéressant aux relations entre la personnalité et la médication chez les personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde suggère que la prescription de corticostéroïdes oraux peut comporter des risques. En effet, ces médicaments répondent plutôt à des besoins psychologiques qu'aux besoins anti-inflammatoires proprement dits chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde. Les corticostéroïdes auraient des effets psychophysiologiques sur eux les rendant moins persévérants, plus dépressifs et taciturnes, plus plaintifs et exigeants, dépendants et facilement contrariés. C'est le seul type de médicament où on a pu mettre en évidence une telle relation.[1]

Avant d'établir une stratégie médicamenteuse, différents aspects pratiques devraient être considérés, comme l'augmentation des douleurs la nuit et tôt le matin. Ainsi, on a montré que les médicaments anti-inflammatoires étaient particulièrement efficaces pour soulager la douleur et la raideur du matin dans les cas d'arthrite rhumatoïde et de spondylite ankylosante. De même, des corticostéroïdes administrés la nuit ou une bonne dose d'indométhacine par voie orale peuvent réduire de façon notable les douleurs arthritiques matinales.[2]

Mais les médicaments ne viennent pas toujours à bout de repousser efficacement la douleur arthritique, surtout quand elle a des composantes émotionnelles. Les accès dépressifs ne se traitent pas avec de l'aspirine.

3.5 Privilégier l'approche globale

Outre les médicaments, il est possible d'atténuer ou de maîtriser la douleur au moyen de repos, de traitements de physiothérapie, d'exercices appropriés ou de l'usage d'appareils.

Lorsque tous ces moyens ne donnent pas les résultats espérés et que la maladie a commencé à faire des dégâts au niveau de l'arti-

1. Moldofsky et Rothman, 1971.
2. Hart, Taylor et Hunskisson, 1970.

culation, il reste encore le recours à la chirurgie qui peut reconstituer des fonctions articulaires. Une telle intervention offre généralement une amélioration de la mobilité et un soulagement de la douleur comparable au remplacement de l'articulation.

En rhumatologie comme ailleurs, les soins aux patients arthritiques doivent être dispensés en fonction d'une approche globale qui tienne compte, par exemple, de la réaction émotive à la maladie chronique, de ses implications psychosociales, de son impact sur le style de vie et sur l'environnement social. Ainsi, le patient arthritique doit pouvoir compter sur tout un réseau de ressources, autant médecins et infirmières que psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux ou autres, ce qui contribue à un meilleur traitement de la maladie mais aide aussi le patient à mieux gérer sa douleur. Un tel modèle doit également tenir compte de trois dimensions importantes, soit la prévention, le traitement et la réadaptation.[1]

3.6 Parmi les solutions de rechange...

Que penser de thérapies de rechange comme l'acupuncture ou l'homéopathie pour le soulagement de la douleur et le traitement des maladies arthritiques?

L'acupuncture n'est normalement d'aucun secours pour un patient souffrant d'arthrite rhumatoïde en phase aiguë. On ne peut espérer d'amélioration que lorsque la flambée de rhumatismes a complètement régressé et encore faut-il que les lésions articulaires soient minimes. De même, dans les cas de torticolis, ce sont les plus bénins qui peuvent bénéficier de l'acupuncture.

De façon générale, les chances que l'acupuncture puisse soulager les personnes souffrant de troubles ostéoarticulaires sont plus élevées dans la mesure où l'atteinte articulaire est minime.

Selon le Dr Félix Mann, un défenseur inconditionnel de l'acupuncture appliquée à l'arthrite, l'acupuncture ne peut être d'un plus grand secours que les médicaments, et ce dans le meilleur des cas. Dans nombre de cas, hernie discale, ostéoarthrose, sciatique ou maladie vertébrale, l'acupuncture n'est d'aucune utilité.[2]

Quant à l'homéopathie, une étude entreprise à Glasgow afin de tester l'efficacité de cette thérapie sur l'arthrite rhumatoïde, a montré un pourcentage d'échecs de 33% pour l'homéopathie et de 85% pour l'aspirine.[2] En fait, peu d'expériences de contrôle ont été

1. Baum et Figley, 1980.
2. Barnard, 1984.

menées afin de comparer les remèdes homéopathiques aux traitements conventionnels. Chose certaine, si l'avenue homéopathique présente un certain intérêt, ses mérites n'ont guère été prouvés jusqu'à maintenant.

À ceux qui veulent essayer l'homéopathie, le Dr Christian Barnard conseille de ne pas se laisser influencer par tout ce qu'on en dit, «une médecine placebo non scientifique», etc. «Si vous semblez obtenir un soulagement entre les mains d'un homéopathe dont les remèdes sont sans danger, à quoi bon chercher pourquoi? Le meilleur juge reste celui qui souffre.»[1]

◇ ◇ ◇

Pour ce qui est des maux de tête, Richard, 45 ans, dit en avoir depuis aussi longtemps qu'il puisse remonter dans ses souvenirs. Pour le reste, mal au cou, au bas du dos et dans tout le côté droit, les symptômes sont apparus en 1984. Il a consulté plusieurs médecins depuis et a subi toute une panoplie d'examens (myélographie, examens neurologiques, radiologies par un chiropraticien, etc.).

Si les autres tests n'ont rien révélé d'anormal, les examens chiropratiques ont pour leur part permis de poser un diagnostic: subluxations discales et luxation partielle de la clavicule... Avec ce diagnostic, Richard est devenu éligible au plan d'invalidité prolongée de sa compagnie d'assurance, non sans avoir dû se battre et requérir les services d'un avocat.

Il semble que sa compagnie d'assurance ne soit pas satisfaite des preuves cliniques d'invalidité fournies pour Richard et qu'elle menace régulièrement «de le couper». Elle doit cependant se soumettre aux pressions de l'avocat étant donné que du point de vue légal, le «syndrome de douleur chronique», même lorsque l'ambiguité subsiste quant au diagnostic, doit être considéré comme une cause admissible d'invalidité totale et prolongée.

Il va sans dire que Richard n'est pas content du tout de sa compagnie d'assurance... et de son employeur qui lui a collé une pareille police d'assurance-groupe. Pas content non plus des médecins qui l'ont traité et du spécialiste qu'il a rencontré au Centre de la douleur. «*Toute une bande* **** *qui ne sont pas capables de trouver ce que j'ai... et de me guérir.*»

En plus des traitements chiropratiques fréquents et coûteux qu'il suit depuis des années, Richard prend de bonnes doses de médicaments pour atténuer la douleur, pour dormir, etc.

«*Depuis l'apparition des premiers symptômes, je ne peux plus forcer et je ne peux plus demeurer couché, debout ou assis longtemps. J'ai cessé de travailler parce que je ne pouvais plus faire une journée normale. J'ai dû restreindre*

1. Barnard, 1984.

mes activités sociales au maximum. De plus, je suis irritable et je me sens sans énergie, complètement écœuré. J'ai hâte de retourner travailler. Je m'ennuie à ne rien faire. Je suis prêt à y aller aussitôt que je n'aurai plus mal... que je vais être capable.»

Richard considère le fait de ne pas pouvoir travailler comme une conséquence grave de sa maladie qui n'est pas liée à un accident de travail. «*Je ne peux pas arriver avec une famille à nourrir et le petit chèque que m'envoie la compagnie d'assurance... Je ne trouve pas ça drôle et ma femme non plus. Le pire, c'est qu'on ne sait pas combien de temps ça va durer.*»

Richard semble, d'une certaine façon, s'être adapté à sa condition d'invalide. Il a pris certaines habitudes régulières au cours des dernières années, comme de dormir davantage et de faire un minimum d'efforts physiques... Ses douleurs font partie de son quotidien et de sa condition de «non-travailleur»...

Chapitre 4
Les douleurs chez les personnes âgées

Le processus de vieillissement s'accompagne très souvent de pertes d'autonomie physique et mentale, lesquelles sont susceptibles de provoquer des douleurs.

4.1 Douleurs organiques

On sait que les problèmes liés à l'arthrite et aux rhumatismes affectent près de 50% de l'ensemble de la population âgée et sont une source importante de restriction d'activité et de souffrances. Quant au cancer, quatre fois plus de personnes âgées en sont frappées. On peut évoquer également le problème des fractures et certains problèmes respiratoires comme étant susceptibles d'engendrer des douleurs. En fait, plus de la moitié des épisodes de restriction temporaire d'activité, qui peuvent aller jusqu'à l'alitement ou l'hospitalisation à court terme, sont attribuables aux crises aiguës des maladies chroniques dont souffrent les personnes âgées.[1]

L'Enquête de Santé et Bien-être social Canada observe une augmentation de la consommation d'analgésiques reliée à l'âge, ce qui s'explique sans doute par les douleurs accrues que les gens éprouvent à mesure qu'ils vieillissent. De plus, une statistique récente de la Régie de l'assurance-maladie du Québec montre que 25% des prescriptions des personnes âgées consistent en des hypnotiques et des sédatifs qui contribuent surtout à soulager la détresse morale.[2]

On ne trouve à peu près rien sur les problèmes de douleur relatifs aux personnes âgées dans la littérature médicale. Mais les témoignages de professionnels de la santé œuvrant en gériatrie disent l'importance du phénomène de la douleur qui affecterait environ huit personnes sur dix dans les centres de soins prolongés.

> *«Les personnes âgées, même celles qui sont atteintes de démence ou de dépression, ont toujours des manifestations somatiques: elles ont mal au ventre, aux jambes, mal à quelque part. Elles traînent leurs douleurs sans cesse. On leur donne toute une panoplie de*

1. Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.
2. Lamontagne, 1983.

médicaments sans chercher à identifier pourquoi elles ont mal. Je pense que le personnel soignant en arrive à banaliser la douleur. Dès qu'on entre dans un hôpital, la douleur c'est normal! En centre d'accueil ou en centre de soins prolongés, on a tendance à dire: «Oui, mais cette patiente-là a 78, 89 ou 94 ans». Est-ce que son grand âge est une raison pour la laisser inconfortable, en état de souffrance?

Peut-être que cette patiente-là a seulement besoin d'un peu d'attention, de parler ou d'avoir quelqu'un à côté d'elle. Mais la relation d'aide n'est pas toujours possible. Quand il y a une infirmière de nuit pour 180 patients, comme ça existe dans certains centres de soins prolongés, la personne souffrante aura peut-être une injection de morphine si elle est chanceuse car l'infirmière n'aura simplement pas eu le temps de passer près de son lit et de s'apercevoir qu'elle est souffrante.»

(Témoignage d'une infirmière-chef en gériatrie)

4.2 Douleurs psychologiques

En fait, la douleur est omniprésente chez les patients âgés, particulièrement chez les cas de pathologies multiples, et se présente sous différentes formes. Mais la douleur des personnes âgées prend une couleur particulière en ce sens qu'elle dépasse bien souvent le niveau somatique pour se présenter comme une manifestation de besoins, fait remarquer le Dr Claude Paradis, du Centre hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.). Des facteurs tels que l'isolement, le stress, le dénuement et l'inactivité jouent souvent un rôle important dans l'apparition de la douleur. La douleur somatique est souvent amplifiée par un contexte psychologique et social, comme l'isolement, le deuil, des conditions de vie au-dessous du seuil de la pauvreté. Il est important d'arriver à bien distinguer entre les douleurs d'origine organique et celles de nature plutôt psychologique.

Pour envisager la douleur en gériatrie dans sa globalité, il faut dépasser la personne et s'attacher surtout à son environnement, souligne le Dr Pierre Durand, de l'hôpital de l'Enfant Jésus, à Québec. L'environnement est aussi important que le processus biologique. Selon cette conception dite écologique de la douleur, on cherche à voir comment la douleur s'incarne dans un milieu de vie, dans l'absence de réseau d'aide, dans un itinéraire de vie souvent pathogène. La douleur chronique chez les personnes âgées est souvent l'aboutissement d'un itinéraire de vie qui est une réponse d'adapta-

tion à certains événements, par exemple la perte d'un conjoint ou d'un enfant.

Il faut avoir des objectifs très modestes quand on parle du traitement de la douleur chez les personnes âgées. À partir du moment où je veux soulager une douleur, peut-être vais-je créer de l'instabilité, de l'insécurité, de l'immobilité qui vont cloîtrer la personne dans un domicile qui va devenir une prison, fait valoir le Dr Durand. Car, il y a des milieux de vie qui sont des terrains propices à générer de la douleur chronique. Peut-être est-ce le prix à payer pour rester en harmonie ou en disharmonie relative avec ce milieu de vie, note le Dr Durand.

En fait, la douleur, peut-être plus particulièrement en gériatrie, a une signification et joue un rôle qu'il faut bien entendre et bien comprendre. Elle peut être un mécanisme de défense ou un appel à l'aide de la personne âgée vis-à-vis d'un réseau qui pourrait se mobiliser autour de sa douleur ou encore une manifestation d'un certain mal de vivre, d'un certain isolement.

4.3 Les médicaments: une arme à double tranchant

Le problème de la médication en est un de taille chez les personnes âgées. En effet, chez les plus de 65 ans, la combinaison de plusieurs troubles nécessite souvent un régime médicamenteux complexe qui peut devenir une source de maladies iatrogéniques physiques ou mentales. D'autant plus que les personnes âgées sont plus susceptibles d'être affectées par des réactions anormales causées par des médicaments que les adultes plus jeunes.[1]

Il faut éviter de nuire tout en voulant aider, souligne le Dr Pierre Durand. L'administration de médicaments chez les personnes âgées doit tenir compte de nombreux aspects, par exemple la fragilité gastro-intestinale de ces personnes. Les effets secondaires de certains médicaments, comme les anti-inflammatoires par exemple, peuvent affecter un équilibre déjà précaire et avoir des effets nocifs sur la confiance en soi. De plus, il faut être à l'écoute de la souffrance psychique que sous-tend la douleur. On a peut-être plus à gagner à tenter de soulager un mal de vivre et à laisser la douleur arthritique faire son chemin, pour ne pas perturber un équilibre précaire.

Selon le Dr Claude Paradis, il serait important de développer des protocoles stantardisés de contrôle de la douleur et d'intervenir auprès

1. Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.

des patients âgés souffrants avec une équipe multidisciplinaire. Mais, les problèmes étant souvent hétérogènes, il faut aussi procéder cas par cas.

Une approche plus systématisée pourrait être envisagée dans le cas de l'arthrose de la hanche, par exemple, qui fait souffrir de nombreuses personnes âgées. On pourrait faire appel simultanément à des méthodes de relaxation, à des traitements en physiothérapie, aux médicaments et à des infiltrations.

Il existe cependant des problèmes, comme la démence sénile, devant lesquels le personnel soignant se trouve assez démuni. Pourtant, il s'agit là d'un problème qui génère beaucoup de douleurs, exacerbant les poussées d'ostéoarthrite ou l'ulcère du conjoint.

La prescription de médicaments aux personnes âgées étant très délicate, l'aide d'un spécialiste en pharmacologie apparaît de plus en plus essentiel pour le choix des médicaments appropriés. C'est particulièrement vrai dans le cas des médicaments analgésiques où il faut choisir le meilleur médicament à insérer à l'intérieur d'un profil médicamenteux existant, lequel comporte souvent toute une variété de substances, tout en tenant compte des effets secondaires. Il s'agit là d'un point important pour la plupart des médecins consultés, car un contrôle efficace de la douleur implique de bien connaître le jeu des interactions médicamenteuses.

4.4 Une approche écologique de la douleur

La lutte contre la douleur prise comme un phénomène isolé n'a pas grand sens, souligne le Dr Pierre Durand, car la douleur-souffrance chez les personnes âgées est souvent la manifestation d'un état d'inadaptation face à leur environnement de vie, face à leurs attentes, face à leurs besoins. On ne court-circuite pas les milieux de vie, on doit composer avec cet environnement et supporter notre approche par un plan d'intervention.

Quant aux approches nouvelles, il apparaît important pour la plupart des professionnels consultés d'évaluer ces approches, surtout évaluer la perception du soulagement de la douleur, avant d'en généraliser l'utilisation. «S'il y a des trucs qui marchent sur une base empirique, tant mieux! Utilisons-les. Mais ça ne pourra pas avoir un effet fracassant sur le problème colossal de la douleur chronique», estime le Dr Pierre Durand.

Pour des gens enlisés dans un processus de vieillissement social, de dégradation des réseaux d'aide, dans un itinéraire pathogène ou à très hauts risques, il faut privilégier une approche globale. Une

approche centrée essentiellement sur la personne semble être plutôt stérile pour réduire la douleur. On peut espérer de meilleurs résultats, quoique modestes, en travaillant de concert avec la personne et son environnement. L'aide ou le soulagement qu'on peut apporter n'a de sens que dans un environnement qui peut lui en donner un.

◇ ◇ ◇

Âgée d'une soixantaine d'années, Rita souffre depuis 15 ans d'un mal de dos. Les médecins consultés à cette époque affirment que la douleur est musculaire. Elle suit donc des traitements de physiothérapie pendant quelques années croyant qu'elle souffre de rhumatismes... jusqu'au jour où son dos bloque complètement au point de l'empêcher de marcher.

«Après de nombreux examens, on diagnostique que certaines vertèbres sont brisées. On m'a dit que si on n'opérait pas, je resterais paralysée. En fait, je ne pouvais pratiquement plus marcher et sortir, mon dos risquant de bloquer à n'importe quel moment».

Rita subit donc une première opération à l'âge de 55 ans. On procède à une greffe de vertèbres. *«À la suite de l'intervention, j'ai dû suivre de nombreux traitements. On m'a aussi prescrit des médicaments pour me soulager du mal mais je n'étais pas capable de les supporter. Ça me rendait nonchalante et même dépressive. On m'a aussi recommandé des bains chauds mais pas de massages car mes os étaient trop fragiles.»*

Pour assurer le succès de sa greffe, elle a dû porter durant un an un corset de 50 livres, 24 heures sur 24, même la nuit, ce qui l'a fait énormément souffrir. L'intervention lui apporte un certain soulagement sans lui enlever complètement ses douleurs. Deux ans plus tard, elle est opérée a nouveau pour des problèmes de disques.

«Depuis les opérations, la souffrance est moins insupportable malgré qu'elle ne me quitte jamais. Et je dois constamment faire attention... aux mouvements brusques, à la manière dont je m'asseois, dont je me penche ou dont je me couche. Pas question de faire de longues ballades en auto ou en train. De plus, je ne peux coucher ailleurs car j'ai besoin d'un lit orthopédique.»

Les médecins se disent impuissants devant la douleur qu'elle continue de ressentir. Plusieurs même ne comprennent pas comment elle peut arriver à marcher. Rita demeure optimiste... Elle dit avoir encore du temps devant elle. Elle est surtout consciente qu'elle doit se ménager et accepter de vivre avec la douleur si elle veut continuer à marcher.

◇ ◇ ◇

À 33 ans, France est mariée et mère de trois enfants. Elle souffre d'une douleur constante à l'arche du pied gauche, qui s'est déclarée il y a maintenant un an et demi. Mais, elle devra supporter cette douleur à vie.

Son mal a commencé par une foulure au pied alors qu'elle portait une sandale de bois. «*À partir de ce moment-là, j'ai consulté au moins une vingtaine de médecins, tous généralistes, pour me faire dire la même chose par chacun, à savoir que ma douleur provenait d'un nerf coincé dans le pied (entorse). On n'a pas cru bon de me référer à un spécialiste, ni de prendre des radiographies de mon pied, malgré mes visites répétées à l'hôpital.*» Elle devait marcher avec des béquilles et, avec le temps, l'entorse allait guérir et la douleur, disparaître.

Après un certain laps de temps, voyant que la douleur persistait anormalement, France consulte un orthopédiste. Le spécialiste décèle, après radiographie, que l'arche de son pied gauche s'égrène. «*Il m'a dit que la seule chose à faire, pour une femme âgée de plus de 30 ans, était de porter un soulier orthopédique puisque l'opération ne pouvait être pratiquée après cet âge.*»

«*On n'a pas tellement le choix quand cela nous arrive et qu'en plus, on a trois jeunes enfants. On doit vivre avec cette douleur. Il faut se trouver des trucs pour arriver à se mouvoir sans trop de peine. Quand ça fait trop mal et que je n'arrive pas à me déplacer rapidement, je me sers d'une béquille ou encore d'une chaise... ou encore, à la limite, je marche sur le côté du pied, pas trop sur le talon.*» France doit apprendre à vivre avec un certain nombre de contraintes, par exemple éviter à tout prix le contact de son pied nu avec le sol, la douleur devenant alors insupportable. La nuit, si un enfant se réveille, elle doit prendre le temps de mettre son soulier. Le coût de ses souliers orthopédiques est très élevé: 250 $ minimum, la paire.

«*Pour moi, la chose la plus pénible à supporter dans cette douleur chronique, c'est que les médecins me disent que ce n'est pas grave, que la douleur devrait disparaître peu à peu. Or, elle n'a pas diminué depuis que j'ai commencé à avoir mal. C'est le même discours et la même rengaine pour chaque médecin que je consulte. Pendant qu'ils essaient de déterminer ce que j'ai, je continue d'avoir mal et j'en arrive même à me demander si tout cela n'est pas le fruit de mon imagination...*»

«Qui craint de souffrir souffre déjà ce qu'il craint»
Montaigne

Chapitre 5
Les douleurs psychogéniques

Chez certaines personnes, les facteurs psychologiques jouent un rôle de premier plan dans le déclenchement ou dans la persistance d'une douleur chronique. Pour un certain nombre d'entre elles, la douleur chronique serait même l'expression somatique d'une douleur psychologique ou psychique non solutionnée... La douleur vient en quelque sorte de la douleur.[1] La douleur chronique sans cause connue est aussi parfois un langage, une façon pour l'individu de dire son mal à vivre et à être. Elle est même souvent un besoin ou un état d'être qui donne un sens à la vie.

Les recherches sur cette catégorie de douleurs chroniques, les plus insaisissables, les plus difficiles à guérir et aussi les plus mal comprises, se sont multipliées au cours des dernières années. Les résultats de ces travaux sont cependant loin de faire l'unanimité. La douleur chronique psychogénique est en effet un phénomène très complexe sur lequel on commence à peine à jeter un peu de lumière. Pour les uns, le «pain prone disorder» serait un équivalent de la dépression, «une dépression masquée».[1] D'autres relient cette douleur chronique à une incapacité d'exprimer des sentiments négatifs tels que la colère, la rage ou l'agressivité.[2] Certains encore voient dans la douleur à composante psychique une solution à un besoin de dépendance, de prise en charge.[3]

Dans le récent DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association américaine de psychiatrie, on associe une certaine forme de douleur chronique à un désordre psychologique. Selon les critères du DSM-III, une telle douleur doit être sévère et de longue durée, ne pas être reliée à un trouble organique ou être exagérée par rapport à l'importance de l'atteinte physique, et ne pas être causée par un autre problème mental. De plus, les facteurs psychologiques (conflit intérieur, support de l'environnement, etc.) doivent être jugés comme importants dans l'étiologie de la douleur.[4]

1. Blumer et Heilbronn, 1982.
2. Merskey et Spear, 1967.
3. Gentry, Shows et Thomas, 1974.
4. Blumer et Heilbronn, 1982.

5.1 Les facteurs psychosociaux dans la douleur psychogénique

La personne qui souffre d'une douleur chronique à caractère psychogénique tend à présenter certaines caractéristiques particulières. On parle notamment de la présence d'un fort sentiment de culpabilité, d'une histoire de souffrance, d'échec ou d'intolérance à la réussite, d'une conduite agressive qui n'est pas satisfaisante et du développement d'une douleur qui constitue une perte ou une menace de perte.[1]

Chez certains souffrants chroniques, la douleur est associée au comportement, ce qui donne lieu à différents «pattern» de comportement: le «tyran domestique», qui utilise la douleur comme une arme pour éviter de prendre ses responsabilités et se soustraire aux situations menaçantes dans le milieu familial; le «professionnel», qui reçoit diverses compensations monétaires; le «toxicomane», qui voit dans la douleur chronique un moyen facile d'obtenir les narcotiques qu'il recherche; le «somatique», qui présente de la douleur chronique au lieu d'admettre qu'il a des problèmes; et le «confus», qui tente de confondre les médecins face à son problème, recherchant même les plus spécialisés et les plus réputés.[2]

Des chercheurs ont réussi, en se basant sur les données d'un test psychométrique, le MMPI (Inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota), à dresser un portrait du «pain prone patient», une expression qui désigne, en anglais, l'individu qui est sujet à présenter une douleur psychogène. Selon les données obtenues grâce à ce test, cet individu a un faible niveau d'éducation et il occupe un emploi exigeant et très routinier. Il a aussi commencé à travailler très tôt et il a travaillé dur durant de longues périodes, avant l'apparition des premiers symptômes. Il reçoit généralement le support de son entourage dès le début des symptômes. Il a aussi eu, tôt dans la vie, des modèles de douleur et d'incapacité dans sa famille. Comme il lui est impossible de dépendre complètement de ses propres parents, il a reporté la satisfaction de ses besoins jusqu'à ce qu'une blessure ou une lésion mineure lui fournisse une occasion légitime et socialement acceptable de dépendre des autres pour son soutien émotif et financier.[3]

1. Engel, 1959.
2. Sternbach, 1974.
3. Gentry, Shows et Thomas, 1974.

De plus, ce patient vient le plus souvent d'une famille nombreuse. De façon générale, il a une vie difficile et a tendance à l'hypocondrie (préoccupation excessive pour la santé) et à la dépression. Il se retrouve souvent avec des conjoints abusifs, sadiques ou alcooliques. Et la douleur apparaît le plus souvent quand les abus cessent.[1]

Une enquête menée auprès de 900 patients dans les années 70 indique que les femmes sont nettement plus affectées que les hommes par ce type de douleur chronique, dans une proportion de 1,7 femme pour 1 homme. L'âge moyen varie entre 39 et 50 ans, avec un pic entre 45 et 50 ans. Et, au plan socio-économique, 67% des patients proviennent de la classe moyenne inférieure.[2]

En analysant les résultats de questionnaires, des chercheurs ont identifié des traits de comportements propres à ces personnes: elles ont des préoccupations hypocondriaques; elles rejettent l'idée que leur douleur résulte de facteurs psychologiques; elles admettent toutefois avoir de la difficulté à exprimer leurs sentiments, principalement la colère et l'agressivité envers les autres; elles se décrivent fréquemment comme tristes et anxieuses à cause de leur douleur; et elles répugnent à reconnaître leurs problèmes.[3]

De nombreuses données mises à jour ces dernières années suggèrent que les caractéristiques du patient avec douleur chronique de type «psychogénique» sont typiques d'un trouble psychosomatique appelé alexithymie. Il s'agit d'une incapacité à reconnaître et à verbaliser ses propres sentiments et ses émotions. L'individu alexithymique entretient des relations interpersonnelles marquées par le détachement et l'indifférence face aux autres et une confusion de l'identité, car il éprouve de la difficulté à percevoir le caractère unique de son indentité.[2]

Même après des années d'incapacité, consécutive à la douleur, et de dépendance face aux autres, de nombreux patients cherchent à maintenir une image d'individus en pleine possession de leurs moyens: ils refusent d'admettre les difficultés qu'ils vivent dans leurs relations interpersonnelles et idéalisent les relations avec les membres de leur famille.

1. Merskey, 1978.
2. Blumer et Heilbronn, 1982.
3. Pilowsky et Spence, 1976.

Traits caractéristiques de la personne souffrant de douleur psychogénique

Plaintes somatiques
— Douleur continue d'origine mal définie
— Tendance à l'hypocondrie
— Demande pour un traitement chirurgical

Individu en pleine possession de ses moyens
— Refus d'admettre tout conflit psychologique
— Idéalisation de soi-même et des relations avec sa famille
— Surcroît d'activité: «workaholisme», activité compulsive

Dépression
— Anergie: manque d'initiative, inactivité, fatigue
— Anhédonie: difficulté ou incapacité à prendre plaisir à la vie et à ressentir des émotions vraiment satisfaisantes
— Insomnie
— État dépressif et désespoir

Histoire
— Histoire familiale et personnelle de dépression et d'alcoolisme
— Abus par le conjoint dans le passé
— Invalidité reliée à la douleur chronique

5.2 La douleur chronique psychogénique: une forme de dépression?

Il a été démontré que le fait de souffrir de douleurs chroniques contribuait à perturber psychologiquement un individu, à intensifier les états de dépression ou d'hypocondrie. Ainsi, bon nombre de personnes souffrant de douleurs chroniques présenteraient, à la longue, des signes de dépression. Le fait que la dépression et la douleur chronique coexistent généralement chez de nombreux patients est supporté par plusieurs recherches récentes.

Ainsi, une relation très significative a été trouvée entre l'amélioration de l'état dépressif et la réduction de la douleur. Dans certains

types de douleurs, on a observé que la dépression constituait un problème majeur chez 60 à 65% des patients.[1]

Par ailleurs, dans une autre étude, on a noté un état dépressif chez 84% des personnes souffrant de maux de tête chroniques et chez 100% des personnes présentant une douleur faciale atypique.[2] D'autres travaux dont les résultats vont dans le même sens tendent à suggérer qu'il existe un taux élevé de dépression chez les patients souffrant de douleurs chroniques.

On peut dès lors se demander qui des patients ayant des lésions organiques, source de douleurs, et ceux sans lésions organiques décelables sont les plus susceptibles de connaître des états dépressifs. Plusieurs chercheurs n'ont vu aucune différence significative entre les deux groupes.[3] Par ailleurs, nombre d'autres tendent à montrer que la dépression n'est pas rare chez les patients souffrant de douleurs chroniques et qu'elle peut prendre différentes formes, depuis la dépression manifeste, facilement reconnaissable, jusqu'à la dépression masquée qui est une sorte de dépression sans dépression.[4]

Mais une autre théorie, développée ces dernières années, tend à montrer que la douleur chronique sans cause organique pourrait être une sorte de trouble émotif, comme l'anxiété ou la dépression. La relation étroite entre la douleur chronique et la dépression suggère qu'un mécanisme commun serait sous-jacent aux deux phénomènes. Ainsi la douleur chronique, de même que la dépression ou l'anxiété, pourraient être associées à des changements biochimiques dans le système nerveux central, par exemple un dérèglement des systèmes de transmission de la sérotonine ou de la noradrénaline. La dépression et la douleur chronique peuvent toutes les deux être compliquées par le stress, une lésion ou une maladie. Elles ont aussi comme autres points communs des aspects neurobiochimiques, des méthodes de traitement similaires, un profil de chronicité semblable et un chevauchement des manifestations cliniques.[5]

De l'avis même des chercheurs, cette façon de voir la douleur chronique, c'est-à-dire comme une variante de la dépression, demande cependant à être confirmée par des études cliniques plus poussées, notamment tout l'aspect neurobiochimique. Est-il besoin de préciser que ce modèle de la douleur chronique sans cause organique fait actuellement l'objet d'un véritable débat au sein de la communauté scientifique.

1. Von Knorring, 1975; Sngh, 1968.
2. Violon, 1980.
3. Sternbach, 1973; McCreary, Turner et Dawson, 1977; Marbach et Lund, 1981.
4. Pilowsky, Chapman et Bonica, 1977; Lopez-Ibor, 1972.
5. Swanson, 1984.

Enfin, les endorphines tendent à confirmer l'interprétation suivant laquelle la douleur chronique peut être intimement liée à la dépression. On a trouvé que le niveau d'endorphines était particulièrement bas chez les patients souffrant de douleurs psychogéniques. On a également noté que le taux d'endorphines s'abaissait en même temps que les symptômes dépressifs devenaient plus sévères. Dans le même sens, on a trouvé une corrélation positive entre l'élévation du taux d'endorphines et le seuil de tolérance à la douleur. Ce phénomène explique sans doute les résultats obtenus par l'acupuncture ou la stimulation électrique transcutanée.[1]

5.3 Un modèle familial de la douleur chronique

Des chercheurs ont comparé deux groupes de patients, le premier dont les patients souffraient de douleurs chroniques et le second, souffrant de maladie sans douleur chronique, quant à la présence de cas de douleur chronique dans leurs familles.

On a pu mettre en évidence que 78% des patients avec douleurs chroniques avait au moins une histoire de douleur chronique dans leur famille contre 44% chez l'autre groupe de patients. Une différence significative, selon les chercheurs, ce qui les a d'ailleurs amenés à penser que les patients ayant des antécédents de douleur chronique dans leur famille peuvent avoir une plus grande sensibilité à la douleur et/ou une plus grande tendance à développer certains comportements face à la douleur. En fait, ces familles semblent capables de transmettre à leurs enfants un comportement maladif face à la douleur chronique.[2]

On reconnaît de plus en plus que le concept de douleur, comme le concept de maladie, est sensible aux influences familiales et culturelles. On a montré, par exemple, que des enfants hospitalisés pour des douleurs abdominales ont, habituellement, des problèmes émotionnels et des difficultés familiales. De plus, les familles de ces enfants ont souvent recours à des sensations corporelles, à des explications physiques et à une approche médicale ou chirurgicale comme façon de composer avec les problèmes psychologiques.[3]

Il est apparu, lors d'études récentes, que la dynamique familiale peut jouer un rôle de prédisposition à la douleur chronique. On a mis en évidence que le patient avec douleur chronique éprouvait plus de difficultés dans sa vie maritale et sexuelle. En comparant un groupe de patients déprimés et un groupe de patients déprimés et souffrant

1. Von Knorring, Almay Bela, Johansson et Terenius, 1978.
2. Violon et Giurgea, 1978.
3. Hughes et Zimin, 1978.

de douleurs chroniques, on a aussi trouvé que le dernier groupe avait plus de difficultés maritales. Il est également apparu que les conjoints des patients de ce groupe avaient, de façon significative, un taux plus élevé de problèmes de douleurs chroniques que ceux du groupe de patients déprimés. Ce qui a permis aux chercheurs de conclure que l'amplification de l'expression de la douleur chez les parents proches et les conjoints des patients souffrant de douleurs chroniques suggérait que la dynamique familiale joue un rôle important de prédisposition chez les patients déprimés et présentant à la fois des douleurs chroniques.[1]

En fait, on a pu mettre en évidence une relation très étroite entre la douleur chronique chez une personne et la psychopathologie de son conjoint. Par exemple, on a observé que les conjoints de patients souffrant de douleurs chroniques et dont les traitements n'avaient pas réussi obtenaient des valeurs très élevées en ce qui a trait à l'hypocondrie et l'hystérie, dans le test du MMPI, plus élevées que les conjoints des patients traités avec succès.[2]

Par ailleurs, il faut souligner que les patients qui réagissent bien au traitement ne présentent pas tous le même tableau. Ainsi, les patients qui sont mariés et qui ont le support de leur famille auraient tendance à avoir de meilleurs résultats que ceux qui n'ont jamais été mariés ou qui ont déjà été mariés mais qui vivent seuls actuellement.[3]

Une autre facette du rôle de la famille dans l'étiologie de la douleur chronique se trouve dans l'enfance de la personne. Ainsi, on a observé que les familles de patients souffrant de douleurs chroniques montraient plus de contraintes, de rigidité, de surprotection et peu d'aptitudes pour résoudre les problèmes, avec peu d'égard pour l'autonomie et l'intimité de chaque personne.[4]

De façon générale, le patient enclin à souffrir de douleurs chroniques, surtout sans cause organique, n'a pas eu une enfance heureuse, a souvent été maltraité physiquement ou mal-aimé, aux prises avec le rejet du père et la culpabilité de sa mère.[5]

La famille peut aussi venir renforcer le comportement face à la douleur chronique et ainsi faire en sorte de prolonger cet état. La per-

1. Mohamed, Weisz et Waring, 1978.
2. Roberts et Reinhardt, 1980.
3. Sternbach, 1974.
4. Liebman, Honig et Berger, 1976.
5. Engel, 1959.

sistance de la douleur chronique est souvent la conséquence de facteurs interpersonnels et est utilisée pour attirer l'attention ou pour éviter les responsabilités. D'un autre côté, les membres de la famille perçoivent souvent celui qui souffre de douleurs chroniques comme un «malade» et attendent de moins en moins de lui.[1]

On commence à mieux comprendre la fonction du conjoint et de la famille dans le maintien et même la perpétuation de la douleur chronique grâce à un effet renforçateur très significatif. Le conjoint joue généralement un rôle particulièrement significatif directement ou indirectement dans le renforcement du comportement face à la douleur et dans le prolongement de la douleur chronique. C'est pourquoi on recommande de faire participer le conjoint ou un membre de la famille au traitement.[2]

Ainsi, quand la douleur est exprimée, l'entourage tente habituellement d'être utile. Le conjoint, les autres membres de la famille, les amis et les collègues de travail peuvent être spécialement attentifs aux démonstrations de douleur et agir en conséquence. Ils peuvent alors donner un massage au dos endolori, apporter un coussin chauffant, compléter une tâche que le «souffrant» aurait autrement effectuée et qui aurait possiblement accru la douleur. S'il décide de rester à la maison en raison de sa douleur, ils peuvent approuver la sagesse de la décision. En outre, les méthodes traditionnelles pour traiter la douleur chronique fournissent souvent des conditions de renforcement direct pour un comportement de douleur, par exemple l'attention du médecin, la médication à prendre au besoin ou une prescription de repos. Parmi les renforcements, soulignons également les compensations monétaires.

5.4 L'évaluation du patient souffrant de douleurs chroniques

Le diagnostic et le traitement de la douleur chronique requièrent des connaissances dans plusieurs domaines, de la biochimie à la pharmacologie, en passant par la neuroanatomie, l'orthopédie, la neurochirurgie, la rhumatologie, la psychiatrie et même parfois la sociologie et la psychologie. Chacune de ces disciplines est importante pour évaluer correctement un patient souffrant de douleurs chroniques. C'est d'ailleurs pourquoi on favorise maintenant une approche mul-

1. Khatami et Rush, 1978.
2. Fordyce, 1976.

tidisciplinaire pour mieux diagnostiquer et traiter le souffrant chronique.[1]

Il est important de distinguer clairement la douleur chronique avec cause organique, dite «objective», de la douleur exagérée ou de la douleur dite «subjective». Cette distinction peut en effet déterminer la réponse au traitement. Mais, cela n'est guère facile. Comme le précise un médecin: «J'ai pu observer que la douleur est une expérience purement subjective qui défie la mesure. La seule chose que nous pouvons mesurer, c'est l'impact de la douleur sur la vie du patient».[1] Dans l'évaluation du «souffrant chronique», on cherche donc à déterminer la cause de la douleur pour ensuite être en mesure d'appliquer une stratégie thérapeutique qui pourra diminuer cette douleur ou l'éliminer.

Les patients doivent d'abord être soumis à une approche globale, à la fois somatique et psychologique. En effet, ce n'est qu'après un bilan physique et psychologique que l'importance relative des composantes somatiques, affectives et psychologiques peut être établie.

L'évaluation physique comprend d'abord une histoire personnelle, familiale et socio-économique de la personne, suivie d'un examen général puis d'un examen physique spécifique. Cependant, chez certains souffrants chroniques, le problème organique sous-jacent à une douleur chronique peut être caché ou passé inaperçu et ainsi être associé à une douleur hystérique ou imaginaire. Parmi les causes organiques de douleurs chroniques les plus souvent oubliées, il faut noter le syndrome myofacial, aussi appelé fibromyosite, la dystrophie sympathique, le syndrome de Facet et le syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire.[2]

Quant à l'évaluation psychologique, elle repose sur un entretien clinique complété d'une batterie de tests appropriés. Parmi les instruments psychométriques, notons le MMPI (Inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota), l'un des tests de base sur lequel repose le bilan psychologique et qui permet de mettre en évidence certaines anomalies psychiques graves. Il permet également d'isoler certains «profils», à tendance névrotique ou psychosomatique, ou certains traits, comme la dépendance ou la réactivité, qui sont utiles à connaître pour l'orientation du traitement. Certains autres tests plus spécifiques sont aussi administrés pour mesurer l'importance de l'anxiété, de la dépression et le potentiel stressant de certains évé-

1. Hendler, 1984.
2. Mignault et Viguié, 1983.

nements sociaux ou professionnels. Enfin, le questionnaire du Q.Algie est administré à plusieurs reprises afin d'observer les changements possibles dans le comportement face à la douleur.

Cette évaluation vise à déterminer la meilleure stratégie thérapeutique pour un individu donné, compte tenu de la structure même de sa personnalité, des facteurs émotionnels pouvant agir sur son comportement et des facteurs psychosociaux.

Une fois les évaluations physique et psychologique terminées, il reste à proposer un plan de traitement qui tienne compte de l'individu dans sa globalité et ne le considère pas seulement comme le porteur d'un handicap ou d'une anomalie quelconque.[1]

5.5 Les antidépresseurs: une panacée?

Infiltrations, neurostimulation, analgésiques, antidépresseurs, traitements psychologiques, rétroaction biologique: il existe en fait toute une panoplie de traitements possibles. Mais, comme l'expérience le confirme, il est très difficile de venir à bout de la douleur chronique ayant une composante psychogénique. Cette douleur, dite souvent à tort «imaginaire», est même la bête noire de bien des médecins.

Plusieurs études ont rapporté récemment un haut taux de succès avec l'utilisation des antidépresseurs dans le traitement de la douleur chronique, un taux qui varie de 45% à 87%. L'évidence est particulièrement marquée quant à l'utilisation de certains tricycliques dans le traitement des «souffrants chroniques».[2]

Mais, on ne connaît pas encore très bien le rôle précis joué par les antidépresseurs dans le soulagement de la douleur chronique. Il y aurait possiblement une relation assez étroite entre les neurotransmetteurs en cause dans le contrôle de la douleur et de l'humeur et le mode d'action des antidépresseurs et des opiacés. Aussi, les antidépresseurs, les tricycliques en particulier, auraient une action analgésique indépendante ou en interaction avec les opiacés. Ces nouvelles données sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour faire avancer les connaissances ayant trait à la physiologie de la douleur.[3]

Par ailleurs, on mise de plus en plus sur différentes techniques psychologiques visant notamment la modification du comportement

1. Mignault et Viguié, 1983.
2. Roy, Thomas et Matas, 1984.
3. Walsh, 1983.

face à la douleur, souvent en association avec d'autres techniques comme l'hypnose ou le biofeedback. Il est possible aussi de faire appel à des psychothérapies de soutien ou de groupe. Il apparaît qu'aucune de ces thérapies n'a d'effet magique sur la douleur, mais il est possible d'obtenir de très bons résultats en combinant plusieurs techniques.[1]

5.6 Deux cas types de douleurs à forte composante psychogénique

— *Les maux de tête*

Le mal de tête c'est, pour les malades, l'étau qui brise le crâne et à bien des égards, un casse-tête pour les chercheurs. Quoi qu'il en soit, cette douleur chronique parmi les plus communes pose souvent un problème à la fois diagnostique et thérapeutique du fait qu'elle soit reliée, en partie ou en totalité, à des facteurs psychosomatiques, comme on s'entend maintenant pour le dire. Parmi les maux de tête chroniques, on distingue généralement deux grandes catégories: la céphalée de tension et la céphalée migraineuse.

Il existe souvent une prédisposition aux maux de tête qui se retrouve plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. On retrouve en outre une histoire familiale dans 65 à 75% des cas. L'individu le plus à risque est souvent perfectionniste, méticuleux, compulsif et ambitieux.

Les crises de céphalées ou de migraines s'accompagnent souvent de lassitude, de fatigue, d'irritabilité, de nausées et même de vomissements, de constipation ou de diarrhée. Dans certains cas, ce syndrome de crise s'accompagne même de refroidissement des extrémités, de vertiges, de tremblements, de sécheresse de la bouche, de sueurs et de frissons. La douleur se limite habituellement à la tête mais peut toucher aussi le visage et même le cou.

On connaît en fait assez bien les aspects psychologiques de la céphalée ou du mal de tête mais encore peu de choses sur les changements de comportement associés à ces douleurs prolongées. Une étude toute récente s'est intéressée à cet aspect.[2]

Les chercheurs ont en effet montré que plus le problème de mal de tête devient chronique, plus les comportements deviennent motivés par la douleur. En fait, plus la chronicité s'installe, plus l'attitude

1. Melzack et Wall, 1982.
2. Philips et Jahanshashi, 1985.

d'évitement et les plaintes deviennent marquées et étroitement associées à l'expérience de la douleur. Les résultats de cette étude montrent aussi que la dépression apparaît surtout au début des problèmes et, à l'autre extrémité, chez les groupes les plus chroniques (20-30 ans). Les femmes souffrent également plus de dépression que les hommes.

De plus, le comportement plaintif relié au mal de tête est généralement associé à un état plus marqué de dépression. En effet, ce comportement qui est une sorte d'appel à l'aide ne serait pas relié à l'expérience de la douleur en tant que telle, mais plutôt à un état dépressif. L'utilisation de médicaments, notamment des antidépresseurs, peut contribuer à réduire cette attitude.

Que peut-on dire du profil psychologique des malades sujets aux céphalées et aux migraines? Les patients étudiés dans des centres spécialisés présentent des résultats plus élevés sur les échelles névrotiques. On ne sait pas très bien si ces troubles précèdent les céphalées ou s'ils en résultent, comme on pourrait être porté à le penser. On observe à peu près les mêmes profils chez les patients atteints d'affections chroniques, d'incapacités ou de douleurs de toutes sortes. Les différences entre les divers types de céphalées sont rarement significatives lorsque l'on considère des variables comme l'âge, le sexe, la fréquence, la durée et la gravité de la douleur.[1]

— Une approche prometteuse pour contrer les céphalées

La céphalée de tension semble due à une contraction soutenue des muscles du crâne, de la face, du cou et des épaules. On a émis l'hypothèse que si on entraîne un patient à relâcher son muscle frontal, on a des chances de produire un soulagement de la céphalée. Quant à la céphalée migraineuse, elle est causée par une vasoconstriction des vaisseaux extra et intracrâniens qui précède la phase douloureuse de vaso-dilatation. Ainsi, on a supposé qu'en apprenant à une personne souffrant de migraine comment vaso-dilater les vaisseaux de ses extrémités, elle pourrait appliquer le même processus au niveau de ses vaisseaux crâniens et ainsi permettre de diminuer ou d'enrayer complètement le symptôme.[2]

En fait, des chercheurs ont réalisé que les céphalées répondent souvent très bien à un traitement relativement récent, développé sur-

1. Sternbach, 1974.
2. Berthiaume, 1983.

tout au cours des derniers dix ans, appelé relaxation et biofeedback. Il s'agit là d'une avenue très prometteuse parmi l'arsenal de moyens utilisés jusqu'à maintenant et souvent plus ou moins efficaces. La thérapie de relaxation vise essentiellement à apprendre à la personne, au moyen de diverses techniques, comment arriver à maîtriser son angoisse et les symptômes qui en découlent. Quant au biofeedback, il permet d'entraîner un patient à contrôler une ou plusieurs fonctions autonomiques de son corps, comme la vaso-dilatation des extrémités, en utilisant des appareils qui mesurent ces fonctions et donnent des informations par des signaux visuels ou sonores.

Plusieurs études ont comparé la relaxation simple, le biofeedback-EMG, le biofeedback-température, la relaxation associée au biofeedback, le placebo et l'absence de traitement chez des sujets normaux et des patients atteints de céphalées.

Il appert que le biofeedback-EMG frontal est une méthode efficace pour diminuer ou éliminer les céphalées de tension. Il semble produire une baisse plus rapide du niveau de tonus musculaire ainsi qu'un soulagement plus rapide des céphalées que les techniques sans biofeedback.

Cependant, la relaxation sans biofeedback a une certaine efficacité dans le soulagement des céphalées mais il faut la pratiquer régulièrement à la maison pour en maintenir les effets thérapeutiques. Il s'avère utile d'associer à la relaxation des techniques de connaissance de soi qui permettent au patient de découvrir ses pensées négatives en ce qui a trait à la céphalée et de les remplacer par des pensées positives.

Dans les cas de céphalées migraineuses, le biofeedback-température semble plus efficace car il permet de prévenir les céphalées. Il apprend à réchauffer ses extrémités dès qu'il perçoit les premiers symptômes. Le biofeedback de l'amplitude du pouls de l'artère temporale semble également très prometteur car il aide le patient à contracter ses vaisseaux à volonté et ainsi stopper la migraine déjà installée.

Enfin, un suivi variant entre six mois et un an tend à montrer la stabilité des effets thérapeutiques de cette approche. Mais, il est important d'utiliser, en plus de la relaxation et du biofeedback, des techniques de connaissance de soi et de modification du comportement afin de mieux composer avec le stress.

Par ailleurs, la plupart des spécialistes s'entendent pour reconnaître l'efficacité, chez certains malades, d'un traitement comme l'acupuncture qui va accroître le taux d'endorphines en circulation dans

le sang et ainsi bloquer dans le cerveau, en totalité ou en partie, les messages douloureux.

En outre, différents médicaments peuvent amener, dans certains cas, un soulagement des céphalées. Mais, il faut généralement compter avec les effets secondaires...

— *Les maux de dos*

Les lombalgies ou maux de dos représentent 21% de toutes les lésions compensables par la Commission de santé et de sécurité du travail et 34% des jours indemnisés pour compensation professionnelle. Et il ne s'agit là que de lombalgies «occupationnelles». Il faut aussi tenir compte des lombalgies dites organiques et celles dites fonctionnelles (psychosomatiques). En fait, environ 80% des individus souffrent de lombalgies au moins une fois durant leur vie active.[1]

Une étude toute récente, menée par le Groupe québécois de travail sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs, dirigée par le Dr Walter O. Spitzer, révèle que parmi les quelque 60 000 travailleurs québécois victimes chaque année d'affections vertébrales, 7,4% des travailleurs sont «passés à la chronicité», c'est-à-dire que leur absence du travail dure plus de six mois. Ce groupe explique à lui seul 70% des jours d'absence causés par les affections vertébrales, et plus de 70% des quelque 150 millions de dollars que coûtent annuellement ces problèmes à la société québécoise.[2]

On sait depuis longtemps qu'une certaine proportion des lombalgies est de nature fonctionnelle ou psychosomatique. Les facteurs psychologiques seraient largement associés à l'apparition de ces maux de dos. On a trouvé, par exemple, que les travailleurs qui ne sont pas satisfaits de leur occupation, de leur place dans l'entreprise ou de leur statut social sont plus «à risque». De même, on retrouve une plus haute incidence de maux de dos chez ceux qui ont beaucoup de responsabilités ou dont le travail requiert une concentration mentale intense ainsi que chez les travailleurs qui sont tendus et fatigués après leur journée de travail.[3]

De tous les maux de dos, les problèmes de la colonne lombaire sont de loin les plus importants avec 70% des problèmes de dos compensés par la C.S.S.T. contre environ 7% pour la colonne cervicale et cervico-dorsale.[2] Des études dans plusieurs secteurs industriels

1. Nachemson, 1976.
2. Rapport du groupe québécois de travail sur les aspects cliniques des affections vertébrales, 1986.
3. Magora, 1973.

soutiennent l'hypothèse que le travail physique difficile et exigeant est associé avec les problèmes lombaires.[1]

Il est intéressant de noter que, selon le rapport du Groupe de travail, 74% des travailleurs ayant souffert d'un problème de dos sont retournés à leur activité professionnelle après moins d'un mois d'arrêt de travail. Dans l'état actuel des connaissances, il apparaît d'ailleurs que le retour à un travail approprié n'est pas contre-indiqué chez la personne souffrant d'une affection vertébrale, même en présence d'une douleur chronique résiduelle. Le retour au travail serait même dans l'intérêt du patient, dans la mesure où le travail n'est pas de nature à aggraver le problème de base ou à augmenter indûment le niveau de la douleur.[2]

Mais, qu'est-ce qui distingue ce groupe de travailleurs formant les 7,4% à risque de développer des maux de dos chroniques des autres travailleurs dont le traitement a donné de bons résultats? Une étude québécoise récente a précisément cherché à identifier les caractéristiques qui permettent de distinguer les patients dont l'évolution a été favorable et ceux chez qui elle a été défavorable.[3]

Les données sur la condition psychologique des sujets de l'étude confirment celles maintenant reconnues sur le lombalgique chronique. Ainsi, la moitié des sujets encore souffrants se décrivent comme des gens très anxieux et très déprimés. Leur grande nervosité est encore plus facilement reconnue (70%) et toujours attribuable à leur mauvais état de santé physique. La colère et l'agressivité semblent peu marquées ou peu conscientes. Par contre, la peur ou la crainte associées à de nouveaux accidents sont fréquemment niées, comme si l'intervention chirurgicale présentait un gage d'invulnérabilité. Ces caractéristiques sont toujours plus fréquentes, parfois même du double, chez les gens «à mauvaise évolution» par rapport à ceux qui se déclarent guéris.

Pour leur part, les sujets «à évolution favorable» affirment, dans une proportion de 40 à 60%, n'être jamais anxieux, déprimés, agressifs ou impatients, comme si l'amélioration de leur condition physique devait s'accompagner automatiquement d'un bien-être psychologique.

On remarque, chez les malades dont l'évolution est défavorable, une nette tendance à se référer à des événements extérieurs pour «expliquer»leur maladie, que ce soit un accident qui déclenche les

1. Chaffin et Parks, 1973.
2. Rapport du groupe québécois de travail sur les aspects cliniques des affections vertébrales, 1986.
3. Duguay, Imbeault et Villard, 1985.

douleurs ou le remplacement d'une situation traumatisante dans l'entourage par une douleur localisée dans le corps.

Les deux groupes de sujets se distinguent, et c'est une différence statistiquement significative, lorsque l'on considère les avantages sociaux tirés du travail, qu'il s'agisse de sécurité d'emploi, d'assurance-salaire et d'autres bénéfices marginaux. L'étude a permis d'observer que les sujets à mauvaise évolution ont accès à au moins deux fois plus de compensations financières que ceux qui ont bien évolué. Ils ont également tendance à exposer beaucoup moins de conflits familiaux et psychologiques que les patients à évolution favorable, lesquels semblent reconnaître dans leur vie personnelle et familiale la présence de conflits beaucoup plus nombreux. D'ailleurs, les sujets enclins aux problèmes somatiques sont reconnus pour avoir une difficulté particulière à entrer en contact avec la dimension psychologique de leur existence.

Cette étude a permis de proposer un portrait-robot du lombalgique à mauvais pronostic: il s'agit d'un individu qui est éligible à des compensations financières, qui montre des difficultés à entrer en contact et à exprimer la dimension psychologique de son existence, qui a tendance à nier tout vécu conflictuel, et chez qui les tests de Leavitt et de «pain drawing» sont perturbés.[1]

◇ ◇ ◇

«Quand j'ai mal à la tête, je prends une aspirine et je me mets au repos. La migraine, c'est comme un marteau dans ma tête qui m'empêche de me tenir debout, de dormir et même de penser.» Marjolaine souffre de migraine depuis dix ans.

Il y a deux ans, Marjolaine a laissé son emploi et elle a cessé d'espérer que la douleur disparaisse un jour. *«J'ai arrêté de chercher du côté médical...»*. Elle a alors entrepris une démarche avec un psychologue et elle croit maintenant que son mal est en partie dû à des problèmes psychologiques. *«Mon corps réagit pour m'obliger à me parler.»*

Depuis qu'elle souffre de migraines, elle n'a jamais pris d'autres médicaments que l'aspirine. Pour Marjolaine, sa migraine est une «faillite personnelle»; être dépendante d'une médication serait une plus grande faillite encore. *«J'ai le choix*, confie-t-elle: *ou je règle mes problèmes ou je prends des médicaments.»* Lorsqu'elle a très mal, elle se couche avec une serviette humide sur la tête et essaie de relaxer.

«J'ai dû modifier considérablement mon mode de vie pour empêcher certaines crises ou en réduire l'intensité. Plus question de boire de l'alcool ou de dormir moins de dix heures par jour. C'est comme un handicap physique, comme s'il me manquait une jambe. Il faut que j'apprenne à vivre avec mon handicap tout en me convaincant que j'ai aussi de belles qualités.»

1. Duguay, Imbeault et Villard, 1985.

Chapitre 6
Vaincre la douleur

Dans la bataille contre la douleur chronique, les armes sont de plus en plus nombreuses et sophistiquées. On peut aussi compter maintenant sur toute une panoplie de techniques douces dans l'arsenal antidouleur, en plus des méthodes traditionnelles dont certaines, notamment des techniques chirurgicales, ont été abandonnées au fil des années ou sont en perte de vitesse. Il est toutefois important de préciser que la victoire sur la douleur est, le plus souvent, éphémère ou partielle.

Vaincre la douleur chronique consiste encore le plus souvent à la soulager, à la rendre plus supportable, moins handicapante, plus «vivable». Vaincre la douleur signifie aussi, pour bon nombre de personnes, l'apprivoiser, apprendre à vivre avec elle quotidiennement, en s'aidant de médicaments ou de différentes techniques. C'est d'ailleurs là une des applications privilégiées des approches douces qui permettent au «souffrant chronique» de prendre en main la gestion de sa douleur et de l'apprivoiser dans le quotidien.

6.1 Les méthodes classiques

— *Les médicaments*

Depuis plus de cent ans, les pharmacologues cherchent, sans succès, l'analgésique idéal, c'est-à-dire celui qui serait doué d'une activité supérieure ou égale à celle de la morphine sans en avoir les inconvénients. La morphine, et ses dérivés, reste donc la reine incontestée des médicaments analgésiques. Elle fait partie des analgésiques centraux (opium, morphine et dérivés) qui agissent sur les centres de la douleur.[1]

Très efficaces, ces médicaments présentent deux inconvénients majeurs: ils tiennent le patient dans un état de dépendance physique et psychologique et ils engendrent la tolérance, c'est-à-dire qu'il faut sans cesse augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets contre la douleur. C'est d'ailleurs pourquoi on les réserve pour sou-

1. Bourget et Blouin, 1983.

lager certaines douleurs violentes postopératoires ou la douleur des cancéreux en phase terminale.

Cependant, depuis quelques années, un nouveau mode d'administration des analgésiques centraux permet de contourner ces deux problèmes. Il s'agit d'administrer des doses très faibles de ces substances par infiltration directement au contact de la moelle épinière.[1] Ce système de perfusion, mis au point par des chercheurs américains, est programmable, implantable et entièrement automatique. Il permet d'administrer au patient le médicament sur une base soit continue, soit cyclique, soit périodique, selon la prescription.

Une autre famille d'analgésiques, dits non-narcotiques, réunit plusieurs groupes de médicaments capables de soulager des douleurs d'intensité modérée mais qui, à la différence des analgésiques narcotiques, n'ont pas d'effets d'accoutumance et de tolérance. L'une des représentantes les mieux connues de cette famille est sans doute la bonne vieille aspirine qui, commercialisée au début du siècle, a ouvert la voie à une automédication de la douleur, rapide, pratique, fiable, polyvalente et bon marché. Mais il est important de préciser que les analgésiques n'agissent que sur le symptôme sans s'attaquer à la cause même de la douleur.[2]

Une troisième famille de médicaments, les antidépresseurs, soulève de plus en plus d'intérêt pour le traitement de la douleur. Ils s'avèrent en effet particulièrement efficaces pour combattre les accès dépressifs qui sont souvent associés ou directement en cause dans les douleurs chroniques.

D'autres approches thérapeutiques disponibles maintenant sont plus efficaces pour supprimer la douleur à sa source. Mais on attend encore l'antidouleur-miracle! Peut-être les recherches sur les endorphines naturelles, nos morphines, y mèneront-elles dans un proche avenir...

— *La chirurgie*

Jusqu'à tout récemment, on faisait régulièrement appel à la chirurgie pour venir à bout de la douleur chronique grave qui résistait aux médicaments. Ces interventions consistaient à détruire certains nerfs périphériques ou certaines voies du système nerveux central. Il s'agit bien sûr de solution de dernier recours. Et ce n'est pas d'hier qu'on fait appel à la chirurgie pour contrer la douleur. On en a pour

1. Franck, 1985.
2. Bourget et Blouin, 1983.

preuve les trépanations à des fins thérapeutiques qu'effectuaient les hommes du Néolithique dans les cas de céphalées tenaces.[1]

L'une des interventions chirurgicales parmi les plus récentes et plus efficaces qui soient contre la douleur vise à réduire les douleurs de la névralgie faciale du trijumeau, douleurs qu'on qualifie d'atroces. Pour réaliser cette intervention sophistiquée, le médecin transmet des impulsions à une longue aiguille-électrode, sous contrôle d'un amplificateur de brillance (écran vidéo). L'aiguille est enfoncée dans la joue, puis dirigée à la base du crâne, pour finalement atteindre le confluent des trois branches du trijumeau au point du «ganglion de Gasser». Cette aiguille-électrode va détruire sélectivement par thermocoagulation (par la chaleur) de petites fibres très fines, conductrices de la douleur, sans toucher les autres fibres, plus grosses, qui conduisent, elles, les sensations tactiles. Très efficace pour ce type précis de douleur, avec un taux de succès de 90%, la thermocoagulation ne vaut cependant rien pour les migraines ou des douleurs faciales vasculaires.[2]

Un certain nombre d'interventions chirurgicales pratiquées depuis plusieurs décennies sont de plus en plus mises au rancart: la radicotomie (section chirurgicale de certaines racines nerveuses), la cordotomie (section d'un cordon de la moelle épinière), destruction chirurgicale ou chimique des racines médullaires, destruction chirurgicale ou chimique du système sympathique, la thalamotomie. En fait, ces interventions visant à supprimer la douleur chronique rebelle n'ont pas connu le succès désiré.[3]

«C'est un fait certain que la chirurgie aboutit rarement à un soulagement acceptable et durable de la douleur. Non seulement la douleur risque-t-elle de resurgir, mais des sensations désagréables, conséquences de la dénervation, s'y ajoutent. Néanmoins, on obtient occasionnellement un contrôle à court terme, surtout grâce à la cordotomie; ce type d'intervention est pleinement justifié chez les malades qui ont peu de temps à vivre, comme les cancéreux en phase terminale. Cependant, les tentatives neurochirurgicales destinées à abolir les autres formes de douleur chronique s'avèrent souvent désastreuses.»[3]

Il faut cependant préciser que depuis l'apparition de la chirurgie ultra-sélective, ces interventions posent moins de problèmes.

1. Bourget et Blouin, 1983.
2. Franck, 1985.
3. Melzack et Wall, 1982.

Parmi les traitements qui restent encore très utilisés et généralement efficaces, notons le blocage des nerfs, une opération qui consiste à interrompre la transmission du message douloureux par les nerfs périphériques, soit temporairement par des agents anesthésiques locaux, soit en permanence par l'emploi d'agents neurolytiques ou sclérosants tel que l'alcool ou le phénol. Bien qu'ils n'aient théoriquement qu'une action temporaire, les blocages anesthésiques locaux peuvent cependant amener un soulagement partiel ou total sur une période prolongée.

La neurochirurgie a beaucoup évolué ces dernières années en se tournant vers des techniques non destructrices, comme l'utilisation d'appareils servant à la stimulation électrique des nerfs, de la moelle et de zones bien précises du cerveau.

— *L'électrostimulation*

L'analgésie par électrostimulation est sans doute la grande innovation des dernières années en matière de traitement de la douleur. L'électrostimulation a pour but de renforcer le pouvoir inhibiteur des systèmes de contrôle de la douleur en accentuant l'influence des grosses fibres non douloureuses, ce qui empêche les plus petites fibres de communiquer les influx douloureux au cerveau. En somme, c'est précisément la théorie du portillon, expliquée précédemment, qui est appliquée lorsque l'électrostimulation ou neurostimulation est efficace.[1]

Le neurostimulateur consiste en deux petites plaques caoutchoutées, des électrodes, que l'on applique sur la peau à l'endroit d'une zone douloureuse ou que l'on introduit sous la peau près de la moelle épinière. Ces électrodes sont alimentées par un générateur miniature. Lorsqu'elle est appliquée sur la peau, la neurostimulation est dite transcutanée et réussit souvent à apaiser des douleurs chroniques provoquées par la lésion des nerfs périphériques, à la suite d'accidents, de traumatismes, d'interventions chirurgicales, ou à la suite d'un zona. Une stimulation de cinq à vingt minutes peut procurer un soulagement pendant plusieurs heures. Près des deux tiers des patients obtiennent un soulagement de courte durée et un huitième en retirent des bienfaits de longue durée.

Quant au neurostimulateur implanté, il est fixé sous la peau, les électrodes étant placées au point où le nerf périphérique lésé pénètre dans la moelle épinière et le mini-générateur, dissimulé sous la

1. Melzack et Wall, 1982.

peau de l'abdomen au niveau de la crête iliaque. Il suffit alors au patient de répéter deux ou trois fois par jour un simple geste, soit d'appliquer sur sa peau une petite rondelle caoutchoutée dont une face est munie d'un aimant. Ce type de neurostimulateur est particulièrement utile pour les douleurs de membres fantômes chez certains amputés ou encore pour les douleurs résiduelles de certaines scialgies.

Ce «pacemaker de la douleur» s'avère une excellente arme contre la douleur et, qui plus est, d'une innocuité totale, car le système de stimulation peut être, en cas d'échec, ignoré ou retiré sans que la structure nerveuse soit lésée. Des progrès considérables sont envisagés, lesquels devraient améliorer encore l'intérêt de cette «quincaillerie» antidouleur, notamment au plan de la miniaturisation, de la fiabilité et de l'utilisation des mécanismes de biofeedback.[1]

Les découvertes des endorphines, dans les années 1970, ont permis d'expliquer le mode d'action de l'acupuncture et de la neurostimulation. Il semble que ces techniques stimulent la production de nos morphines naturelles, en agissant sur les «récepteurs» morphiniques sur lesquels se fixent les endorphines.

— *La psychologie à la rescousse*

Les techniques psychologiques représentent une part non négligeable des thérapies utilisées pour contrôler les douleurs rebelles, particulièrement lorsqu'elles ont une composante psychogénique. Plusieurs types de thérapies se sont avérés efficaces pour faire passer des douleurs d'un degré intolérable à un niveau tolérable.

Selon les cas, les thérapies peuvent être individuelles ou de groupe. Parmi les thérapies du premier type, on peut parler des techniques de conditionnement opérant qui visent à «réentraîner» le patient à supporter des douleurs chroniques, en éliminant les renforcements et en l'amenant à cesser de se plaindre afin de l'aider à retrouver des comportements normaux face à la douleur.

On peut aussi noter des techniques d'apprentissage de la relaxation progressive (type Jacobson), ou de formation à l'auto-régulation par biofeedback. Ces deux techniques se montrent efficaces sur la détente de certains muscles dont la contraction est, sinon à l'origine de la douleur, du moins responsable de son maintien. Mais ces méthodes agissent aussi pour réduire l'anxiété et elles contribuent, par le

1. Bourget et Blouin, 1983

sentiment de prise en charge de soi par soi-même, à la réduction de l'état de dépendance.

Dans le cas des thérapies de groupe, on parle surtout des psychothérapies d'orientation behaviorale. Elles visent la rééducation des attitudes mais tendent surtout à briser le modèle de dépendance et d'incapacité qui se manifeste souvent chez le «souffrant chronique». Par l'interaction et le contact avec d'autres individus qui partagent la même expérience, elles contribuent aussi à favoriser l'adaptation psychosociale.

6.2 Les approches «douces»

À côté de la chimie et de la chirurgie, parfois indispensables pour soulager certains «souffrants chroniques», de nombreuses méthodes douces s'avèrent fort intéressantes pour lutter contre la douleur chronique. Si dans certains cas, quelques-unes de ces techniques peuvent véritablement éliminer la douleur, la plupart d'entre elles contribuent surtout à l'apprivoiser au rythme propre à chacun, sans hospitalisation, sans traumatisme, sans effet secondaire.

— L'acupuncture

Les mérites de l'acupuncture sont déjà bien connus. On sait que cette méthode thérapeutique consiste à soigner différentes maladies et symptômes par l'application d'aiguilles de formes et de tailles variables, au niveau de la peau, en des points particuliers appelés points d'acupuncture.

De toutes les méthodes douces, l'acupuncture compte sans doute parmi l'une des approches les plus efficaces pour combattre différentes douleurs. Elle peut soulager avec succès une grande variété de douleurs mais ne peut cependant s'attaquer aux infections sévères. L'acupuncture reste d'abord une approche préventive pour la personne dont elle s'efforce de rétablir les équilibres énergétiques avant que la maladie ne se manifeste et ne devienne organique.[1]

Le recours à l'acupuncture est particulièrement indiqué dans les cas de céphalée et de migraine. Sans venir nécessairement à bout des maux de tête, cette méthode est réputé réduire dans une très large proportion la fréquence et la durée des maux de tête, sans compter qu'elle permet également au patient, dans bien des cas, de renoncer en tout ou en partie aux médicaments analgésiques.

1 Arnold-Richez, 1980

L'acupuncture aurait également des effets intéressants dans les cas de douleurs arthritiques, de névralgies, de scialgies, de douleurs lombaires ou pelviennes et de zona. Il est à noter qu'il faut recourir à l'acupuncture avant de recourir à la chirurgie, pour bénéficier pleinement des effets de l'acupuncture.

En somme, l'acupuncture ne doit pas être envisagée comme une panacée contre la douleur mais plutôt comme un moyen d'obtenir un soulagement, souvent important. L'action de l'acupuncture sera d'autant plus rapide, efficace, parfois même spectaculaire, que la douleur sera traitée tôt dans son développement. Par exemple, un zona, traité dans les premières vingt-quatre heures, sera complètement guéri, la plupart du temps, en une ou deux séances, à quelques jours d'intervalles. En revanche, les douleurs installées depuis de nombreux mois ou années vont nécessiter un plus grand nombre de séances.

— *L'ostéopathie*

L'ostéopathie s'intéresse à l'ensemble du système musculosquelettique. Pour l'ostéopathe, tout s'imbrique et la douleur est considérée comme un symptôme global qui engage la totalité de la personne. Ainsi, si un mouvement est perturbé au niveau de la cheville ou du pied, il aura des répercussions sur le tibia, la hanche, le bassin, le dos et peut-être même parfois sur des organes comme le foie. Pour soulager la personne, il faut donc remonter la chaîne et libérer chacune des tensions qui se sont créées. C'est précisément ce que fait l'ostéopathe.

Les indications de l'ostéopathie dans le domaine de la douleur valent surtout pour les problèmes fonctionnels, les douleurs vertébrales et ostéoarticulaires, les maux de dos classiques tels lumbago, dorsalgie ou sciatique, et les migraines. Dans certains cas, les douleurs cancéreuses peuvent être abordées en ostéopathie, mais avec beaucoup de précaution, afin d'améliorer le remaniement tissulaire autour de la région lésée et de limiter le processus inflammatoire. Un bon ostéopathe intervient après s'être assuré, diagnostic médical, radios et analyses en main, que vous ne présentez aucune maladie inflammatoire ou affection grave.

Si votre ostéopathe vous dit, après deux séances, qu'il ne veut plus vous voir, soit parce qu'il ne peut rien pour vous ou que tout est sous contrôle (c'est possible!), c'est qu'il est honnête. Et, si vous n'avez constaté aucune amélioration au bout de trois ou quatre séances, c'est que l'ostéopathie n'est pas faite pour vous... à moins que ce ne soit l'ostéopathe.

— *L'homéopathie*

L'homéopathie peut également avoir certaines indications pour soulager la douleur chronique, par exemple dans les cas de douleurs articulaires et de céphalées. L'homéopathie est basée sur la thérapeutique des semblables, c'est-à-dire qu'une substance médicamenteuse susceptible de provoquer des troubles à une certaine dose chez un individu en bonne santé peut aussi, à une dose plus infime, guérir le malade. L'homéopathie utilise donc des substances thérapeutiques très diluées qui ont un effet semblable à celui des substances pathogènes.

Il n'existe pas de recettes absolues en homéopathie; les traitements sont en effet modulés selon la phase de la maladie et la nature des réactions du patient. L'interrogatoire de la personne s'avère donc d'une grande importance pour bien cerner les différentes caractéristiques de la douleur.

En homéopathie, comme pour d'autres approches douces, il est essentiel de bien choisir son thérapeute. Le succès du traitement dépend souvent de sa formation et de son expérience.

— *Le massage*

Le fait de réprimer nos émotions tout au long de notre vie peut engendrer une tension musculaire qui se traduira par des spasmes chroniques générateurs de douleurs. La pratique du massage apparaît comme un bon moyen pour briser cet engrenage et ainsi libérer nos blocages émotionnels.

Le massage peut contribuer en fait à réduire les tensions douloureuses et les spasmes musculaires résultant d'une blessure ou d'années d'émotions étouffées. Les effets sédatifs du massage suscitent une réaction réflexe des nerfs qui réduit la tension musculaire. Cet effet sédatif sur les nerfs peut aussi expliquer la réduction des élancements douloureux transmis par les nerfs au cerveau. Durant un massage, le niveau général de tension nerveuse s'abaisse, provoquant une réduction de la tension musculaire, du rythme cardiaque et de la pression sanguine, une amélioration de la circulation ainsi qu'un sentiment de détente et de bien-être. Ces effets soignent non seulement le corps mais apaisent l'esprit.[1]

Plusieurs autres techniques comme l'hypnose, la relaxation, la réflexologie peuvent favoriser chez la personne souffrante la prise en charge de sa douleur.

1. Jackson, 1983.

— *L'hypnose*

Encore mal connue ou méconnue, l'hypnose est souvent rattachée à la magie ou au charlatanisme. Pourtant, elle opère à travers des mécanismes neuropsychiques très précis qu'on peut étudier et dont on a localisé le siège dans le cerveau. On reconnaît à l'hypnose un potentiel certain pour soulager différentes douleurs. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'une fois entraîné à la technique de l'autohypnose, le patient peut la pratiquer lui-même, chez lui et à la fréquence requise.

Il est ainsi possible pour la personne souffrante de prendre en charge sa propre douleur. De fait, il semble qu'il soit rare qu'une douleur ne puisse pas être influencée favorablement par l'hypnose.

— *La relaxation*

«Plus on arrive à se décontracter, moins on est réceptif à la douleur» (Leslie Le Cron). La relaxation peut en effet jouer un rôle-clé dans le soulagement de la douleur. Les méthodes de relaxation permettent d'obtenir une diminution des tensions musculaires anormales et de l'angoisse qui apparaissent systématiquement avec la douleur, entraînant par le fait même une réduction de la douleur. Avec la relaxation, les résistances ou les crispations font place au relâchement.

Il existe de très nombreuses variantes de la technique de relaxation. L'une des plus efficaces et des plus connues dans le traitement de la douleur chronique est sans doute la rétroaction biologique, appelée aussi biofeedback. Grâce à des instruments qui fournissent au patient des informations sur l'état de son corps, contraction musculaire, pression artérielle, tension des tissus, etc., il apprend à contrôler ou à supprimer des réflexes devenus nuisibles et ainsi à soulager sa douleur. De nombreux cas de maux de dos et de céphalées ont été soulagés grâce à cette technique de relaxation profonde.

— *Les réflexologies*

De nombreuses techniques ont mis à jour la possibilité d'agir sur l'énergie et les points de tension du corps en activant les points d'acupuncture simplement avec les doigts. On retrouve dans ce groupe de techniques l'acupressure, le «do-in» et le toucher thérapeutique. Le travail des doigts et les manipulations proposés dans ces techniques vont contribuer à diminuer l'irritation des fibres nerveuses occasionnée par la douleur, à dilater les vaisseaux et donc à améliorer

la circulation sous-jacente. Par ce processus, il est donc possible de faire régresser la douleur.

Quant à la réflexologie elle-même, elle consiste à agir sur un certain nombre de zones réflexes. En fait, organes et fonctions se projettent sur certaines zones de connection, principalement les pieds, les mains, le nez. En agissant sur ces zones réflexes, on obtient un meilleur fonctionnement de l'organisme, l'amélioration de la circulation du sang et de la lymphe, l'assouplissement des tissus musculaires et ligamentaires et la stimulation des glandes endocrines. L'action sur le système neuro-végétatif va régulariser les problèmes d'origine nerveuse souvent somatisés et provoquer une relaxation bénéfique, entraînant une réduction des problèmes de douleurs.[1]

Il faut bien voir que les méthodes de réflexologie ne constituent pas des thérapeutiques complètes. Mais, elles n'en demeurent pas moins d'excellents moyens pour combattre différentes douleurs. D'autant plus que les points réflexes peuvent être pressés et massés fréquemment sans risque.

Soulignons enfin que l'apport de plusieurs autres techniques douces peut être, occasionnellement et selon les cas, d'un certain secours. On peut penser par exemple à la phyto-aromathérapie, à l'hydrothérapie, à la musicothérapie, au yoga, aux gymnastiques douces, aux oligo-éléments, et j'en passe. Car, la liste est loin d'être exhaustive. Il appartient en fait à chaque personne souffrant de douleurs chroniques d'évaluer l'intérêt de ces techniques pour lui-même, en regard de ses besoins et de ses affinités, et de choisir celle qui lui convient. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ces techniques naturelles ont elles aussi leurs limites.

◊ ◊ ◊

Très jeune, vers l'âge de neuf ou dix ans, Michèle a connu l'expérience de la douleur chronique. Vers l'âge de 18 ans, elle a passé une semaine à l'hôpital où l'on a procédé à un examen général. Ce séjour avait été précédé d'un mois de migraine durant lequel elle n'a cessé d'être très malade, violents maux de tête, vomissements, etc. Comme pour son père, son oncle et son jeune frère, les médecins n'ont rien trouvé... On lui a cependant prescrit un médicament qu'elle a pris deux ou trois fois mais qu'elle a ensuite mis de côté, les effets secondaires, notamment la somnolence, étant trop désagréables.

Elle a par la suite poursuivi ses études tout en devant régulièrement les interrompre pour des périodes plus ou moins longues... jusqu'à un mois à gar-

1. Lefort, 1984

der le lit. Michèle n'a jamais trop su pourquoi elle avait ce problème. «*À un certain moment, j'ai pensé que ça pouvait être le stress mais il m'est arrivé d'en avoir alors que j'étais en pleine forme et que rien ne me préoccupait... et de ne pas en avoir dans des périodes d'angoisse profonde ou de panique.*»

«*Il y a quelques années, une série de traitements chiropratiques m'a fait beaucoup de bien. J'y retournerais bien mais c'est trop cher pour mes moyens.*» Par ailleurs, le problème de migraine a considérablement diminué depuis cinq ans... après la naissance de son troisième enfant. «*Je me contente maintenant de prendre des «Fiorinal» lorsque les symptômes apparaissent, ce qui a pour effet de rendre la crise un peu plus supportable, mais il faut que ça passe... Lorsque la migraine se manifeste, je me lève avec et je me couche avec. Mon fils de 10 ans a le même problème, ce qui me fait croire qu'il s'agit d'un trouble héréditaire.*» Michèle avoue cependant être plus tendue que la moyenne des gens. «*Je manque de patience, je m'énerve facilement, je suis touchée par tout et par tous. Maintenant, c'est surtout quand je suis très fatiguée que la migraine apparaît.*»

«*Concrètement, dans ma vie, je suis plus irritable quand ça me prend, mais mon mari et les enfants sont prévenus... Je ne peux pas me permettre de passer une journée au lit parce que j'ai une migraine... la vie continue. Je me suis faite à l'idée! En vieillissant, j'ai adopté une attitude plus positive face au problème... Il faut bien vivre avec. Il m'arrive quand même parfois de pleurer... J'ai beau me dire que ça va passer, mais toute ma journée est affectée et ça devient insupportable. Heureusement, je ne fais plus d'aussi grosses crises et aussi fréquemment qu'avant... Je me dis que, comme mon père et mon oncle n'en font plus depuis l'âge de 50 ans, j'en aurai de moins en moins et ça finira par disparaître...*»

◇ ◇ ◇

Diane a commencé à avoir mal au dos très jeune. Elle se rappelle qu'enfant, son père l'amenait régulièrement à l'hôpital parce qu'elle se réveillait «barrée»... Les examens médicaux et les nombreuses radiographies qu'on lui a fait passer n'ont jamais permis de déterminer la cause du problème.

Vers l'âge de 16-17 ans, Diane s'est soumise à une première série de traitements chiropratiques, puis à deux autres dans la vingtaine. Elle s'est également intéressée de très près aux médecines douces, acupuncture, homéopathie, massothérapie, et à des méthodes de relaxation. «*Tout cela me fait du bien sur le coup, ça relaxe, mais le lendemain, je me retrouve au point zéro.*»

Récemment, elle a voulu en savoir davantage sur le phénomène psychosomatique. Elle s'est donc inscrite à des cours et à des ateliers qui lui ont fait comprendre l'importance de l'inconscient sur la santé et l'impact que peuvent avoir le stress, les frustrations, la fatigue, sur la santé mentale et physique. Il s'agit là, pour Diane, âgée de 29 ans, d'une grande découverte. «*C'est le début de ma guérison, confie-t-elle. Il faut dire que j'ai une hérédité assez lourde. Mon père ainsi que mes oncles et tantes ont tous souffert du même problème. Mais, contrairement à eux, je ne veux rien savoir des médicaments ou des interventions chirurgicales.*»

Elle admet être consciente de certains evenements qui sont venus ou continuent d'alimenter la dimension psychosomatique de son problème de dos. Par exemple, lorsqu'elle se plaignait de maux de dos étant jeune, son père, qu'elle aimait beaucoup, prenait la chose au sérieux et lui accordait beaucoup d'attention. Par ailleurs, chaque rencontre avec sa mère, avec qui elle ne s'est jamais très bien entendue, est suivie de douleurs particulièrement lancinantes. Il en est de même avec toutes les personnes qui la «stressent». Comme elle doute facilement de ses capacités physiques et intellectuelles, toute nouvelle responsabilité est précédée ou suivie de douleurs intenses.

Elle croit aussi, même si très peu de gens l'admettent, que les trois quarts des maux physiques sont psychosomatiques.

Pour Diane, le problème est quotidien: «*ça fait mal chaque jour de ma vie*». C'est donc sur une base quotidienne qu'elle a décidé d'agir. Par exemple, pour éviter que la position assise pendant de longues heures devant un écran cathodique amplifie la douleur, elle s'assure de prendre une position confortable et se lève régulièrement pour aller marcher un peu. Par ailleurs, elle évite, sa journée de travail terminée, les longues séances de magasinage, les soirées mondaines interminables, etc.

Tout effort prolongé la fatigue et toute fatigue rend sa douleur insupportable. C'est donc pour améliorer sa «qualité de vie» qu'elle a adopté un régime de vie tranquille. Elle ne pratique aucun sport violent mais apprécie les effets relaxants de la natation. Toujours dans le but de relaxer, Diane pratique une méthode de relaxation, fait de la méditation et ne se met pas au lit sans son «walkman» pour s'endormir... elle s'est procuré plusieurs cassettes de musique subliminale.

«*Je considère avoir une réaction positive face à ce problème qui fait partie de ma réalité mais les conséquences sont assez lourdes, surtout pour l'avenir. Je ne me vois pas avoir des enfants. Je ne suis pas assez forte... après une journée de travail, je suis vidée.*» Pour Diane, il s'agit cependant d'une réalité qui a été acceptée. «*C'est le genre de limites que la vie te pose, un moment donné... il faut apprendre à vivre avec.*»

D'origine psychosomatique ou pas, pour elle le problème est bien réel. «*Je crois que le temps va améliorer les choses et que la douleur va s'atténuer avec l'âge, comme dans bien d'autres cas dont j'ai entendu parler...*»

Conclusion

La douleur chronique, et particulièrement la douleur chronique rebelle, constitue un défi thérapeutique de taille pour la communauté scientifique et le monde médical. Des millions de «souffrants chroniques» sont en quête de solutions à leurs maux. Par ailleurs, ces personnes coûtent très cher à la société en raison d'invalidités de longue durée et de l'échec des divers traitements mis en œuvre pour les soigner.

Au cours des dernières décennies, le phénomène de la douleur chronique est apparu à ce point complexe qu'il dépassait la compétence d'un seul généraliste ou spécialiste et qu'il nécessitait de faire appel à plusieurs disciplines, anesthésie, neurologie, physiatrie, orthopédie, psychiatrie, psychologie, travail social et même sociologie.

C'est ainsi qu'ont vu le jour, d'abord aux États-Unis, des «Pain Clinics» — on en compte aujourd'hui plus de cinq cents — qui misaient sur le regroupement de plusieurs disciplines pour venir à bout de la douleur chronique rebelle. De telles unités pluridisciplinaires spécialisées dans le traitement de la douleur se sont depuis multipliées dans de nombreux pays, Royaume-Uni, Australie, France, Québec, etc. Ces unités visent à prendre en charge le syndrome de la douleur chronique dans sa totalité.

Les centres de la douleur sont-ils la solution de l'avenir, la solution de rechange à privilégier? En principe, ces centres disposent de toutes les techniques thérapeutiques disponibles pour contrer la douleur, de la thérapie médicamenteuse à la rétroaction biologique, des blocs nerveux à l'électrostimulation, des interventions chirurgicales à la physiothérapie, de la psychothérapie individuelle ou de groupe à la thérapie de comportement. Les traitements sont généralement longs et réussissent à soulager de façon durable 40 à 60% des patients. Ce qui s'avère une bonne performance lorsqu'on parle de patients atteints de douleur chronique rebelle ou incurable.

En fait, de par leur vocation pluridisciplinaire, les centres ou cliniques de la douleur doivent tenir compte autant des facteurs neurologiques et physiologiques que des facteurs psychosociaux, cognitifs et affectifs, susceptibles d'agir sur la douleur. Ce faisant, on con-

sidère la personne dans sa totalité et on attaque la douleur sur tous les fronts à la fois.

Cependant, à cause d'un manque de ressources, les cliniques antidouleurs du Québec n'ont pas toujours à leur disposition l'ensemble des moyens, ni tous les spécialistes qui seraient nécessaires pour être de véritables unités pluridisciplinaires et pour réaliser une approche intégrée et totale de la douleur.

Les cliniques de la douleur jouent déjà un rôle utile. Mais si elles étaient mieux structurées, elles pourraient sans doute intervenir davantage au niveau de l'évaluation et de la prise en charge du «souffrant chronique». Elles sont souvent les seules à pouvoir encore quelque chose quand tous les recours ont été épuisés. Mais il est peut-être illusoire de penser résoudre le problème de la douleur chronique en se reposant uniquement sur une meilleure intégration des cliniques de la douleur...

L'expertise des cliniques de la douleur pourraient sûrement être mises à profit dans la formation des médecins généralistes et des infirmières qui interviennent en première ligne. On sait qu'à cause de l'absence quasi-totale de formation en matière de douleur chronique, ces professionnels sont souvent démunis et impuissants lorsqu'arrive le temps de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique et de faire appel à une approche diagnostique et thérapeutique appropriée. Les cliniques sont susceptibles de jouer un rôle actif dans la formation du personnel médical et paramédical.

Il arrive fréquemment que les diagnostics posés dans les cas de douleurs chroniques ne soient pas adéquats, ce qui mène à des problèmes d'intoxication médicamenteuse et assez souvent à des complications iatrogènes. De plus, le corps médical est souvent incapable d'apprécier l'influence des facteurs psychologiques et environnementaux comme facteurs essentiels des douleurs chroniques. En outre, on peut penser qu'avec une formation appropriée, les médecins et infirmières sauraient mieux intervenir de façon précoce et efficace sur la douleur aiguë évitant ainsi qu'elle dégénère au fil des mois en douleur chronique.

En outre, il serait peut-être du ressort des programmes de formation continue de permettre aux médecins omnipraticiens de faire régulièrement le point sur les nouvelles connaissances en matière de douleur chronique et sur les méthodes de contrôle les plus efficaces, ayant le moins d'effets secondaires sur les individus.

Mais il ne faut peut-être pas oublier que la douleur est avant tout et restera sans doute toujours une affaire personnelle, qui prend une

coloration, une intensité et une portée différentes selon chaque personne. Il n'en reste pas moins qu'à cause de ses importantes répercussions sur la vie et sur la qualité de vie de milliers d'individus et sur la société en général, la douleur chronique représente un défi majeur.

Bibliographie

Arnold-Richez, F. *Les autres médecines*. Bordas, 1980.

Baker, P. *Vivre avec l'arthrite*. Éditions Clarke Irwin, 1983.

Barnard, C. *Mieux vivre l'arthrite et les rhumatismes*. Éditions Stanké, 1984.

Baum, J. et B.A. Figley. «Psychological and Sexual Health in Rheumatic Diseases», dans *General Approach to the Patient*, 1980.

Beecher, H.K. *Measurement of Subjective Responses*. Oxford University Press, New York, 1959.

Bergeron, F. et J.-B. Xénos. «La souffrance des cancéreux en phase terminale», *Le Médecin du Québec*, juin 1984.

Berthiaume, J.-P. «Le rôle de la relaxation et du biofeedback dans le traitement des céphalées», *L'Actualité médicale*, mars 1983, pp. 47-48.

Blouin, C.-B. et M. Goué. *Le livre des médecines douces*. Éditions Solar, 1985, 348 p.

Blumer, D. et M. Heilbronn. «Chronic Pain as a Variant of Depressive Disease», *J. Nervous and Mental Disease*, 1982, 170: 383.

Bogin, M. *Maîtriser la douleur*. Éd. Le Jour, Montréal, 1982.

Bonica, J. *Triangle. Journal Sandoz des sciences médicales*, XXI, N° 4, 1981.

Bonica, J. «Pain Research and Therapy: Past and Current Status and Future Needs», dans *Pain, Discomfort, and Humanitarian Care*. New York, Elsevier, 1978.

Bonica, J. «Discomfort and Humanitarian Care», dans *Pain* (Proc. National Conference at National Institute of Health, Bethesda, 1979), Elsevier/North Holland, Amsterdam, 1980, pp. 1-46.

Bonica, J. «Importance of the Problem», dans *Advances in Pain Research and Therapy*, vol. 2, International Symposium on Pain of Advanced Cancer, New York, Raven Press, 1979.

Bourget, P. et C.-B. Blouin. «Combats contre la douleur», dans *Histoire de la médecine depuis 1940*, Presses de la Cité, 1983, pp. 55-63.

Brûlé, G. et P.-M. Voisin. «Les douleurs rebelles, traitement par la morphine per os», *Anesth. Anal. Réan.*, 1981, 38: 379-381.

Chaffin, D.B., K.S. Parks. «A Longitudinal Study of Low-Back Pain as Associated with Occupational Weight Lifting Factors», *Am. Ind. Hyg. Ass.*, 1973, 34: 513-525.

Chapman, R.C. «Psychologic and Behavioral Aspects of Cancer Pain», dans *Advances in Pain Research and Therapy*, vol. 2, International Symposium on Pain of Advanced Cancer, New York, Raven Press, 1979.

Conseil des affaires sociales et de la famille. *Objectif: santé*, 1984.

Dennis, S.G. et R. Melzack. «Pain-Signalling Systems in the Dorsal and Ventral Spinal Cord», *Pain*, IV: 97-132, 1977.

Duguay, M., J. Imbeault et H.-P. Villard. «La lombalgie: étude clinique psychosomatique», *L'Union médicale du Canada*, 1985, 114: 130.

Edwards, M.H. «The Relationship of the Arthritic Patient to the Community», dans *Arthritis and Related Disorders*, New York, American Physical Therapy Association, 1965.

Engel, G. «Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient», *Am. J. Med.*, 1959, 26: 899-918.

Fordyce, E.W. *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. Mosby, St-Louis, 1976.

Franck, M. «La bataille contre la douleur», dans *Le Point*, 27 oct. 1985.

Gentry, D.W., D.W. Shows et M. Thomas, «Chronic Low-Back Pain: A Psychological Profile», *Psychosomatics*, 1974, 15: 174-177.

Guzman, F. et R.K. Lim., dans *Med. Clin. North Amer.*, 1968, 52,3.

Hart, F.D., R.T. Taylor et E.C. Huskisson. «Pain at Night», *The Lancet*, 1970, 25 avril, pp. 881-884.

Hendler, N. *Diagnosis and Nonsurgical Management of Chronic Pain.* New York, Raven Press, 1981.

Hendler, N. «Depression Caused by Chronic Pain», *J. Clin. Psychiatry*, 1984, 45: 30-36.

Houpt, J.L., Orleans, C.S., Georges, L.K., Brodie, H.K.H. *The Importance of Mental Health Services to General Health Care.* Cambridge, MA, Ballinger Publishing, 1979.

Hughes, M.C. et R. Zimin. «Children with Pathogenic Abdominal Pain and their Families», *Clin. Pediat.*, 1978, 17: 569-573.

Inturrist, C.E., B.M. Mitchell, K. Foley, et M. Schultz. «The Pharmacokinetics of Heroin in Patients with Chronic Pain», *New Engl. J. Med.*, 1984, 310: 1213-1217.

Jackson, R. *Le massage total.* Éditions du Rocher, 1983, 154 p.

Johansson, F. et L. von Knorring, dans *Pain*, 1979, 7, 69.

Khatami, M. et J.A. Rush. «A Pilot Study of the Treatment of Outpatients with Chronic Pain: Symptom Control, Stimulus Control and Social Systems Intervention», *Pain*, 1978, 5: 163-172.

Lalonde, 1978: Voir Rapport Courtney.

Lamontagne, Y. «Réflexions sur *Médicaments ou potions magiques*», *L'Union médicale du Canada*, 1983, 112: 391-394.

Lefort, J. *Traitements naturels de la douleur.* Éditions Dangles, 1984, 151 p.

Liebman, R., P. Honig et H. Berger. «An Integrated Treatment Program for Psychogenic Pain», *Family Process*, 1976, 15: 397-405.

Lopez-Ibor, J.J. «Masked depression», *Brit. J. Psychiat.*, 1972, 120: 245-258.

Lorenz, K.Y. «A Perspective on Chronic Pain: Treatment and Research», Monographie élaborée en collaboration avec The National Institute of Health et The National Institute on Drug Abuse, 1980, p. 10.

Magora, A. «Investigation of the Relation Between Low-Back Pain and Occupation: Psychological Aspects», *Scand. Rehabil. Med.*, 1973, 5: 191-196.

Marbach, J.H. et P. Lund. «Depression, Anhedonia, Anxiety in Temporomandibular Joint and Other Pain Syndromes», *Pain*, 1981, 11: 73-84.

Marks, R.M. et E.J. Sachar, dans *Ann. intern. Med.*, 1973, 78.

Maruta, T., D.W. Swanson et W.M. Swenson. «Pain as a Psychiatric Symptom: Comparison Between Low-Back Pain and Depression», *Psychosomatics* 17: 123-127, 1976.

McCreary, C., J. Turner et E. Dawson. «Differences Between Functional Versus Organic Low-Back Pain Patients», *Pain*, 1977, 4: 73-78.

McGivney, W.T. et G.M. Crooks. «The Care of Patients with Severe Chronic Pain in Terminal Illness», *JAMA*, 1984, 251: 1188.

Melzack, R. et P. Wall. *Le défi de la douleur.* Éditions Chenelière et Stanké, Montréal, 1982.

Melzack, R., B.M. Mount, et J.M. Gordon. «The Brompton Mixture Versus Morphine Solution Given Orally: Effects on Pain», *Can. Med. Assoc. J.*, 1976, 115: 122-124.

Merskey, H. et F.G. Spear. *Psychological and Psychiatric Aspects of Pain.* Bailliere, Tindall & Cassell, London, 1967.

Merskey, H. et le sous-comité IASP sur la taxonomie. «Pain Terms: A List with Definitions and Notes», *Pain*, Vi, 249, 1979.

Merskey, H., dans *The Psychology of Pain*. Éd. R.A. Sternbach, Raven Press, New York, 1978.

Mignault, G., R. Duguay et al. «La clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Montréal», *L'Union médicale du Canada*, oct. 1983.

Mignault, G. et F. Viguié. «Approche holistique de l'évaluation de la douleur», *L'Actualité médicale*, sept. 1983.

Mohamed, S.J., G.M. Weisz et E.M. Waring. «The Relationship of Chronic Pain to Depression, Marital Adjustment and Family Dynamics», *Pain*, 1978, 5: 285-292.

Moldofsky, M.D. et W.J. Chester. «Pain and Mood Patterns in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Prospective Study», *Psychosom. Med.*, 1970, 32: 309-317.

Moldofsky, H. et A. Rothman. «Personality Disease Parameters and Medication in Rheumatoid Arthritis», *J. Chron. Dis.*, 1971, 24: 372.

Moncada, S. et J.R. Vane, dans *Pharmacol. Review.*, 1979, 30, 293.

Moos, R.H. «Personality Factors Associated with Rheumatoid Arthritis: A Review», *J. Chron. Dis.*, 1964, 17: 41-55.

Moos, R.H. et G.F. Solomon. «Psychologic Comparisons Between with Rheumatoid Arthritis and their Nonarthritic Sisters», *Psychosom. Med.*, 1965, 27: 135-149.

Mount, B.M. «Narcotic Analgesic in the Treatment of Pain of Advanced Malignant Disease», dans *The R.V.H. Manual on Palliative/Hospice Care*, New York, Arno Press, 1980, pp. 148-164.

Nachemson, A.L. «An Orthopaedic Challenge», *Spine*, 1976, V. 1, N° 1.

Paquette, C. et L. Bouchard. *Le langage de la douleur chronique chez des francophones québécoises, cancéreuses du sein, avec métastases: analyse préliminaire des données.* Université de Montréal, 1984.

Pelletier, K.-R. *Le pouvoir de se guérir ou de s'autodétruire*. Éditions Québec/Amérique, 1984, p. 194.

Philips, H.C. et M. Jahanshashi. «The Effects of Persistent Pain: The Chronic Headhache Sufferer», *Pain*, 1985, 21: 175.

Pilowsky, I., C.R. Chapman et J.J. Bonica. «Pain Depression and Illness Behavior in a Pain Clinic Population», *Pain*, 1977, 4: 183-191.

Pilowsky, I., C.R. Chapman et J. Bonica, dans *Pain*, IV, 183, 1977.

Pilowsky, I. cité dans Bonica: *Triangle. Journal Sandoz des sciences médicales*, N° 4, 1981.

Pilowsky, I. et N.D. Spence. «Illness Behavior Syndromes Associated with Intractable Pain», *Pain*, 1976, 2: 61-71.

Rapport Courtney cité dans Lalonde, M. *Perspectives on the Health of Canadians*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1978.

Rapport du groupe québécois de travail sur les aspects cliniques des affections vertébrales, Univ. McGill, 1986.

Rapport du comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux, Douleurs cancéreuses, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

Report of the Panel on Pain au National Advisory Neurological and Communicative Disorder and Stroke Council. NIH Publication no. 81: 1912, 1979.

Report of the Task Force on Pain Centers. Saginaw, Mich.: East Central Michigan Health System Agency, 1978.

Reynolds, D.V. «Surgery in the Rat During Electrical Analgesia Induced by Focal Brain Stimulation», *Science*, 164: 444-445, 1969.

Roberts, A.H. et L. Reinhardt. «Behavioral Management of Chronic Pain: Long-Term Follow-up with Comparison Groups», *Pain*, 1980, 8: 151-162.

Roy, R., M. Thomas et M. Matas. «Chronic Pain and Depression: A Review», *Comprehensive Psychiatry*, 1984, 25: 98.

Rowe, M. «Low-Back Pain in Industry: A Position Paper», *J. Occup. Med.*, 1969, 11: 161-169.

Saunders, C.M. «Hospital Care», dans *The R.V.H. Manual on Palliative/Hospice Care*, New York, Arno Press, 1980.

Simon, E.J. et J.M. Hiller, dans *Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 1978, 18, 371.

Sjolund, B.H. et M.B. Eriksson, dans *Brain Res.*, 1979, 1973, 295.

Skevington, Suzanne M. «Social Cognitions, Personality and Chronic Pain», *J. Psychosomatic Research*, 27: 421-428, 1983.

Snigh, G. «The Diagnosis of Depression», *Punjab Med. J.*, 1968. 18: 53-59.

Sternbach, R.A., S.R. Wolf, R.W. Murphy et W.H. Akeson. «Traits of Pain Patients: The Low-Back Losers», *Psychosomatics*, 1973, 14: 226-229.

Sternbach, R.A. et T.N. Rusk. «Alternatives to the Pain Career», *Psychother. Theor. Res. Pract.*, 10, 1973.

Sternbach, R.A. *Pain Patients: Traits and Treatment*. Academic Press, New York, 1974.

Sternbach, R.A. et B. Tursky. «Ethnic Differences Among Housewives in Psychophysical and Skin Potential Responses to Electric Shock», *Psychophysiology*, 1: 241-246, 1965.

Swanson, D.W. «Chronic Pain as a Third Pathologic Emotion», *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141: 212.

Terenius, L. dans *Front. Hormon. Res.*, 1981, 8.

Twycross, R.G. «Non-Narcotic, Corticosteroid and Psychotropic Drug», dans *The Continuing Care of Terminal Cancer Patients*, Oxford, Pergamon press, 1980, pp. 117-134.

Twycross, R.G. «Incidence and Assessment of Pain in Terminal Cancer», dans *The Continuing Care of Terminal Care Patients*, Oxford, Pergamon Press, 1980.

Twycross, R.G. «Choice of Strong Analgesic in Terminal Cancer: Diamorphine or Morphine?», *Pain*, 1977, 3: 93-104.

Veres, D.W. «Pharmacology of Morphine Drugs Used in Terminal Care», *Topics in Therapeutics 4*, Pitman Medical Publ., 1978, pp. 75-83.

Violon, A. et D. Giurgea. «Family Models for Chronic Pain», *Pain*, 1978, 18: 199.

Violon, A. «The Onset of Facial Pain», *Psychother. and Psychosomat.*, 1980, 34: 11-16.

Von Knorring, L., G.L. Almay Bela, F. Johansson et L. Terenius, «Pain Perception and Endorphins Levels in Cerebrospinal Fluid», *Pain*, 1978, 5: 359-365.

Von Knorring, L. «The Experience of Pain in Depressed Patients», *Neuropsychobiology*, 1975, 1: 155-165.

Wall, P.D., dans *Pain*, VI, 253, 1979.

Walsh, T.D. «Antidepressants in Chronic Pain», *Clinical Neuropharmacol.*, 1983, 6: 288.

Williamson, cité dans *Organisation d'une unité hospitalière de traitement de la douleur*, par Richard Catchlove.

Zimmerman, M. *Triangle. Journal Sandoz des sciences médicales*, XXI, N° 4, 1981.

Zimmerman, M., dans *Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 3, Raven Press, New York, 1979.

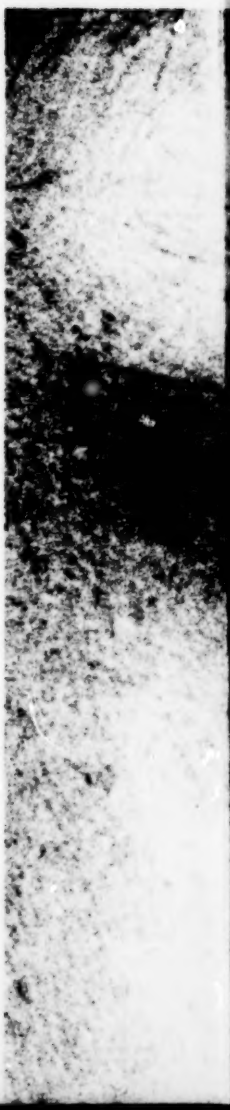
Comprendre et contrôler la douleur constitue sans doute l'un des soucis majeurs de l'humanité depuis ses origines.

De fait, la douleur empêche des millions de personnes de vivre normalement. Qui plus est, la lutte contre la douleur coûte cher : des milliards sont engloutis chaque année dans ce marché fort lucratif. Sans compter les coûts humains et les pertes en termes de qualité de vie et de productivité.

Curieusement, on a souvent tendance à oublier la douleur chronique lorsqu'on évoque les grands problèmes de santé.

Ce document contribue à combler cette lacune en posant, de façon claire, le problème de la douleur chronique dans la population, à la lumière des plus récents travaux en ce domaine.

Ginette Beaulieu travaille depuis une dizaine d'années, dans le domaine du journalisme et de la communication scientifique et technique. Elle est l'auteure du Rêve éclaté, *un livre portant sur l'accueil des enfants handicapés dans la famille. Elle a aussi publié de nombreux articles de vulgarisation sur les questions de santé, son secteur d'activité privilégié.*



Gouvernement du Québec
Conseil des affaires sociales et de la famille

Imprimé au Québec, Canada